

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

ACCÈS D'ASTHME NOCTURNES PAR HÉMI-STÉNOSE  
NASALE  
EXPÉRIENCES SUR LA RESPIRATION  
ET LA PHONATION NASALES (1)

Par GELLÉ (M. E.)

Certains faits pathologiques équivalent à des expériences tant les conditions productrices du phénomène anormal sont précises, et son déterminisme simple est évident.

Le cas suivant est de cet ordre ; cependant il offrait dans son étiologie quelque chose de bizarre et j'ai cherché à en préciser la genèse dans quelques expériences d'un dispositif simple qu'on va lire.

Rien de plus connu que les troubles de la respiration liés aux rétrécissements des voies aériennes, à la sténose des narines, soit unilatérale soit bilatérale. Pour notre observation, c'est la narine gauche qui s'est peu à peu absolument oblitérée depuis cinq à six mois, et c'est ainsi que je la trouve à ma première visite au malade.

C'est un homme de forte taille, âgé de 40 ans, bien portant, actif, amateur de tous les sports, canotage, cheval, chasse à courre, vélo-pède, etc. ; sans jamais y éprouver la moindre oppression, ni le moindre essoufflement.

Aussi, est-il très étonné de ce qui lui arrive, de plus en plus souvent, depuis quelques mois : il est réveillé en sursaut, à peine endormi, par de véritables accès d'étouffement, si pénibles, qu'il est forcé de se jeter à bas du lit : debout, l'angoisse disparaît.

Le malade est affecté d'une surdité très forte, par sclérose, à

(1) Communication à la Société de Biologie, 9 décembre 1899.

gauche, depuis son enfance ; de plus, il s'est toujours aperçu d'une difficulté à respirer par la narine gauche.

Depuis six mois, cette narine est devenue presque imperméable ; et je la trouve, en effet, telle aujourd'hui. La sténose est due à l'existence d'un fort éperon saillant dans la lumière de la narine, associé à une hypertrophie générale, sans catarrhe des cornets, surtout de l'inférieur, totalement procident, et collé contre la cloison nasale. Le stylet armé d'ouate trouve très difficilement passage ; dans l'exploration de visu, on ne voit aucun jour, et l'issue de l'air expiré est à peine appréciable de ce côté. Le tableau change après six minutes d'atouchement de la muqueuse avec la solution de cocaïne : l'effet en est remarquable ; les saillies s'aplatissent, et le fond du canal peut être exploré du regard, avec le spéculum et le miroir. Aucun exsudat ; gonflement vasculaire et rougeur générale ; la cocaïne a rétabli la perméabilité ; et l'air circule sans bruit à l'inspiration et à l'expiration. Le malade ne se rappelle pas avoir respiré ainsi depuis bien longtemps.

La narine droite est normale, peut-être un peu élargie. Rien au pharynx, replis latéraux légers en faux-piliers. En somme, engorgement subœdémateux et vasculaire de tout le côté gauche des cavités nasales : affection indolore, mobile et paroxystique.

Comment cette lésion unilatérale provoque-t-elle l'étouffement nocturne ? et surtout, fait bien indiqué par le patient, quand le décubitus se fait sur le côté droit.

Disons tout d'abord que dès que la voie nasale eut été largement ouverte par le traitement indiqué, les accidents nocturnes ne reparurent plus. Aucune sécrétion ne pouvait, tombant dans le pharynx, provoquer l'accès, le gonflement étant absolument sans aucun exsudat à la surface de la muqueuse. Comment agissait le décubitus, condition *sine qua non* de l'apparition des troubles respiratoires ?

J'instituai les expériences suivantes pour en trouver l'explication. J'adapte à l'une des narines l'extrémité en caoutchouc d'un tube de verre en V, d'un diamètre de 1 centimètre, et dont chaque branche atteint 30 à 35 centimètres au plus ; ce tube est maintenu dans un plan vertical par un socle solide où s'insère l'angle du tube. Celui-ci contient quelques centimètres de liquide, qui affleure au niveau du zéro d'une graduation marquée sur la branche libre du V.

## EXPÉRIENCES

A. 1° J'ai d'abord, au moyen de ce dispositif, examiné l'effet de la respiration debout, tandis que l'autre bout du tube en V est adapté à l'une des narines (Voies nasales reconnues libres), l'autre restant ouverte, ainsi que la bouche.

On note alors que le niveau de la colonne liquide oscille, de 1 centimètre, à peu près d'une hauteur égale au-dessous et au-dessus de O, suivant la succession des inspirations et des expirations, calmes et sans efforts ;

2° Cependant, si l'on respire un peu plus amplement, et sur l'une des voyelles A, E, I, O, U (chose facile) on constate aussitôt l'immobilité du niveau du liquide.

3° Mais si l'on fait les mouvements d'inspiration et d'expiration non plus sur A, E, I, O, U, mais sur An, On, Un, In, c'est-à-dire sur leurs nasales, on voit le niveau reprendre ses oscillations régulières. On sait que pour prononcer les voyelles, le voile du palais se relève de plus en plus de A à I ; tandis que les voies nasales sont perméables, et résonnent dans l'émission de An, On, in, un. On a ainsi une démonstration élégante de ce redressement du voile, qui coupe le courant d'air, et isole les fosses nasales dans la formation des sons-voyelles.

4° Au cours de l'expérience, il advient, sans qu'on en ait conscience, que le passage s'ouvre ou se ferme ; mais on arrive vite à l'utiliser à volonté ; en pensant soit à la voyelle pure pour fermer, soit à la nasale pour ouvrir. Dans certains états morbides au contraire, l'individu est inhabile à ces changements.

En général, dans la respiration sans effort, calme et lente, le nez et la bouche ouverts, l'air passe à la fois par les 2 narines et par la bouche ; mais dès qu'on fait un effort respiratoire un peu sonore, la voie nasale se ferme. On remarque encore que le moindre état catarrhal des premières voies rend le décollement du voile, redressé par A, par exemple, plus lent à se faire quand on veut donner la nasale aussitôt.

5° Il était intéressant de voir comment se comporte la colonne liquide dans la phonation ; j'ai fait quelques observa-

tions à cet égard. Si l'on émet d'une façon très brusque an, on, in, un, une narine ouverte, l'autre recevant le tube, on note que le niveau s'élève à chaque son nasal, mais de moins en moins de an à un. On accroît le déplacement en bouchant la narine libre, on le conçoit; je répète que rien ne bouge dans l'émission de A, E, I, O, U.

Dans pa, ta, po, ta, etc. rien ne se meut, non plus; mais, dans pan, tan, ton, kin, etc. il y a ascension brusque du niveau comme pour les voyelles nasales.

6° Les consonnes donnent des résultats très curieux. Ainsi, on observe que A, qui, seul, ne fait rien bouger, quand il est combiné avec les consonnes m, n, dans ma, na, produit au contraire des mouvements très étendus du niveau liquide. Ainsi, dite « tomate » l'appareil en place, le niveau liquide reste fixe avec ta, et une ascension brusque précède ma.

Dans « Raton » la première syllabe laisse le niveau du liquide immobile, tandis qu'il saute vivement avec la seconde, ton. « Mème » donne lieu à deux ressauts de la colonne, qui n'éprouve aucun déplacement avec un A des plus sonores.

7° Toutes les consonnes b, d, g, f, l, p, q, r, s, t, v, associées aux voyelles libres A, E, I, O, U laissent le niveau fixe, et quand on les fait précéder ou suivre des sons nasaux An, On, In, Un, les mouvements apparaissent aussitôt.

Cependant, au cours de ces expériences on observe à la suite de l'émission de A, par exemple, pour laquelle le voile du palais se redresse et ferme les voies nasales, que celui-ci se détache et s'abaisse plus ou moins lentement au point que la respiration par le nez tarde à se faire et à se manifester sur le liquide, en même temps qu'elle a lieu par la bouche. Ce retard est très sensible dans les affections catarrhales des premières voies : en ce cas une déglutition rouvre le passage.

Ces observations incidentes montrent la valeur du procédé expérimental :

B. 1° Jusqu'ici nous avons étudié le jeu de la respiration nasale normale, le sujet placé debout, une narine recevant le tube de caoutchouc correspondant au tube de verre, et l'autre ouverte, ainsi que la bouche.

Si dans ces mêmes conditions de respiration buccale, on



vient à oblitérer la narine libre, on constate, dans la respiration lente et calme, sans effort des oscillations à peu près semblables aux précédentes, longues de 1 centimètre; mais dès qu'on fait un effort, qu'on accroît l'amplitude des mouvements thoraciques, il y a une vive augmentation des ascensions du niveau, surtout à l'expiration : une des voies étant fermée, cela s'explique assez.

C. Il en est tout autrement quand l'expérience au lieu d'être faite debout est exécutée, l'individu couché horizontalement sur le sol, de la tête aux pieds.

1° Le sujet ainsi couché sur le côté gauche, le tube est adapté à sa narine gauche, c'est-à-dire du côté du décubitus; la narine droite reste libre ainsi que la bouche.

Or, pendant la respiration calme, lente et sans effort, très régulière on remarque que les oscillations sont régulières, égales au-dessus et au-dessous du A; mais il est évident que les déplacements de la colonne liquide restent au-dessous de 1 centimètre; chiffre que nous pouvons, avec ce dispositif, considérer comme normal.

Il y a plus :

Si l'on exécute des inspirations et des expirations larges et amples, le niveau arrive à se déplacer de 1 à 1 1/2 centimètre; mais il n'atteint jamais les longues ascensions et descentes, de 3 à 4 centimètres et plus, que l'on enregistre dans les premières expériences faites, le sujet debout.

Pour la respiration debout, le thorax est entièrement libre; dans la position couchée sur le côté du corps, le poids de celui-ci limite l'étendue de l'ampliation pulmonaire, du côté du décubitus; et le fait se manifeste d'autant plus accusé que les efforts respiratoires sont plus énergiques. Ceci est très significatif.

Le décubitus latéral diminue d'une façon sensible l'amplitude des mouvements d'expansion thoracique, et la circulation de l'air s'en trouve évidemment atténuée.

2° Si la bouche est maintenue fermée comme dans le sommeil, il faut par des efforts suppléer à cette insuffisance, et l'oppression est imminente; aussi la dyspnée amène la respiration buccale qui peut suffire à la calmer.

3° Pour cette expérience sur le sujet couché, si l'on introduit le tube, non plus à la narine du côté du décubitus, mais à l'autre, on s'aperçoit que les conditions des oscillations de liquide se rapprochent de la normale comme étendue, soit dans les respirations calmes, soit dans les efforts plus énergiques. Il est intéressant de montrer cette opposition entre la force et le volume des deux courants respiratoires droit et gauche ; on sait que le décubitus affaiblit l'un et non l'autre, celui du côté libre. Il y a évidemment une aération moindre, surtout manifeste du côté comprimé, qui supporte le poids du corps.

D. J'ai expérimenté au moyen du même dispositif le jeu de la respiration dans le décubitus horizontal sur le dos.

On voit alors des oscillations régulières, calmes, du niveau qui ne dépassent pas les limites de la première donnée, en présence des mêmes conditions.

E. Mais il est loin d'en être de même quand le sujet se tient à demi relevé sur le coude gauche, le thorax dégagé du sol. Cette position fatigante, difficilement supportée, amène l'immobilité du thorax, et on s'aperçoit que l'oscillation du niveau ne dépasse pas  $1/2$  centimètre, et reste plus près de  $1/3$  de centimètre même.

F. Pour le décubitus sur le ventre, les résultats sont à peu près analogues ; et il est difficile de le prolonger sans voir apparaître des efforts respiratoires dus à la gêne de la fonction.

G. Toutes ces situations du corps sont observées et possibles pendant le sommeil au lit.

On s'explique que les décubitus latéral et ventral soient des conditions de l'étouffement, surtout si le sujet est déjà atteint d'anhélation, ou s'il est en état de réplétion stomacale ou enfin s'il a déjà une sténose nasale uni-ou bilatérale.

C'était le cas de notre malade.

En effet, si dans le décubitus latéral gauche, on bouche la narine du côté libre, on constate que la respiration est de plus en plus gênée, et la sensation d'étouffement peut aller jusqu'à la suffocation, chez le dormeur dont les forces respiratoires sont moins actives.

Nous sommes aussi autorisé à conclure que le décubitus sur le côté où l'aération était conservée, venant s'ajouter à la sténose nasale, dans le sommeil, les conditions de suffocations se trouvaient amplement réalisées ; la cure absolue a suivi au surplus le rétablissement de voies aériennes par le traitement approprié.

---

## LA PHYSIOLOGIE DE L'ORGANE DE L'OUÏE

Par le Dr **Gustave ZIMMERMANN** (de Dresde).

Il y a quelque temps j'ai publié dans la *Münchener Medic. Wochenschrift* un article tendant à prouver que, suivant toute probabilité, la partie de la théorie de Helmholtz relative à la transmission des ondes sonores à l'oreille moyenne est erronée. Vu l'importance du sujet, j'ai accueilli avec empressement l'invitation du rédacteur en chef de ces *Annales* me demandant de vouloir bien communiquer mes arguments aux lecteurs compétents de cette Revue, car je suis convaincu que la solution définitive de ce problème ardu ne peut être obtenue que grâce au concours empressé de tous les érudits de la spécialité. Plus la tentative offrira de lacunes sous certains rapports, plus elle entraînera de collaborateurs qui contribueront à élucider et à compléter bien des points encore obscurs.

C'est à Helmholtz que revient et que demeurera toujours l'éternel honneur d'avoir démontré pour la première fois et d'une façon supérieure les lois physiques qui régissent la propagation des oscillations du son au labyrinthe et la perception de ces sons. Helmholtz réduisait les phénomènes de l'ouïe à ceux de la résonnance des corps sonores et prouva qu'un simple son d'une hauteur déterminée parmi les différentes fibres de l'organe de Corti peut fortement ébranler toutes les fibres qui sont tout à fait ou presque complètement d'accord avec lui, tandis que toutes les autres ne le sont nullement ou faiblement. Si des sons simples se réunissent pour former des sons composés et que ceux-ci s'ajoutent à des accords ou à des masses sonores associées à des bruits, c'est que cette somme se propage au labyrinthe et, arrivée là, se décompose de nouveau

dans les différentes parties dont objectivement toute la masse se composait.

Cette théorie subtile est devenue partie intégrante de notre science et elle subsistera même si on renverse les bases sur lesquelles Helmholtz l'a édifiée. Avec E. Weber, Helmholtz a admis en principe que la fonction physiologique de la membrane du tympan consiste à rapporter au liquide labyrinthique toutes les oscillations qui lui sont imprimées par les ondes sonores ; le tympan tout entier serait ainsi ébranlé et transmettrait des mouvements synchrones et parallèles imprimés par l'oscillation simultanée du levier angulaire de la chaîne des osselets, sur la lame de l'étrier, qui, par son mouvement de va-et-vient, de dehors en dedans, imprime de nouveau des oscillations au liquide labyrinthique. Ainsi revient à la membrane du tympan secondaire la fonction de ménager un espace où le liquide labyrinthique puisse s'écouler sous la pression exercée sur lui par la base de l'étrier.

Quoique cette théorie de transmission soit admise sans conteste par les savants les plus autorisés de tous les pays, on ne peut s'empêcher d'élever contre elle un grand nombre d'objections qui ont été vigoureusement soutenues depuis bien longtemps, mais qui n'ont pas amené d'autres interprétations, attendu qu'avec raison on n'a pas osé mettre en doute la géniale théorie de Helmholtz, sans en avoir une autre à lui substituer.

Abordons le côté clinique. Depuis longtemps on a été frappé de l'absence de rapport existant entre les altérations de la membrane tympanique et la conservation de la faculté auditive ; souvent on observe des lacunes importantes et même la destruction totale du tympan ainsi que des calcifications et des troubles locaux, tandis que l'audition est presque indemne. La chaîne des osselets peut également être notablement entravée dans son fonctionnement normal, sans que cela entraîne d'accidents graves. Nous autres, auristes, avons souvent observé, à la suite d'opérations pratiquées pour des suppurations, que l'audition n'est pas nécessairement influencée, même après l'excision des osselets. J'ai remarqué moi-même, comme les autres, qu'après une opération radicale au cours de laquelle

j'enlevai le marteau et l'enclume, le malade perçut encore à près de 6 mètres la voix chuchotée.

Même des interventions sur l'étrier, l'excision et la destruction de la lame de l'étrier, quand il n'existait pas de troubles labyrinthiques ni nerveux, ont pu favoriser une amélioration auditive. Ces observations cliniques auraient dû faire soupçonner qu'une fonction physiologique aussi délicate que celle de l'ouïe ne saurait être rattachée à des organes intermédiaires qui peuvent supporter des troubles aussi considérables, sans qu'un grand dommage fût apporté à la fonction supposée.

C'est à ces observations que se mêlent bien des doutes de nature théorique. Depuis longtemps on a admis à côté de la conduction du son par la chaîne des osselets, qui représente l'état normal, une seconde forme de conduction du son par les os de la tête, qu'on obtient expérimentalement en posant un diapason contre l'os. Cette sorte de conduction du son a été réservée d'après les progrès otologiques de ces dernières années, qui sont en particulier dus à Bezold, à tous les sons au-delà de  $C^2$ . Même après l'extinction de la conduction osseuse ces sons, d'après l'expérience, s'entendent directement par la voie osseuse d'autant mieux qu'ils sont plus élevés. Pour la transmission de tous les sons de tonalité inférieure on considère le passage à travers la chaîne des osselets comme la seule voie possible, après avoir remarqué que ces sons ne se perçoivent qu'insuffisamment ou nullement quand la transmission du son est interrompue. Mais on ne voit pas du tout en cela que cette juxtaposition de deux voies différentes d'oscillations devrait, au point de vue physiologique, être la cause d'interférence. Juste à la limite où les deux catégories de sons élevés et bas se rencontrent, on pouvait s'attendre à observer des oscillations et des soulèvements qui ne se produisent jamais. C'est à Beckmann que revient l'honneur d'avoir de nouveau signalé dernièrement la vraisemblance de l'hypothèse de ces deux différentes conceptions. Je citerai encore un point sur lequel je diffère de l'avis de Helmholtz, et il est étonnant qu'on n'y ait pas prêté assez d'attention jusqu'ici. Si l'on admet que la chaîne des osselets joue le rôle de conducteur du son participant à l'oscillation, il s'en suivrait que les petits muscles qui

s'attachent l'un au marteau et l'autre à l'étrier devraient être sans cesse en mouvement. Les oscillations du son atteignent sans interruption jour et nuit notre oreille, et, quoiqu'elles ne soient quelquefois qu'à peine conscientes, toutes les portions conductrices doivent être sans cesse tenues en mouvement quoique faiblement. Et s'il s'agissait de la chaîne des osselets, tous les muscles spontanés qui sont en rapport avec elle participeraient sans cesse à ces oscillations ; conclusion qui n'est guère compatible avec la doctrine de la physiologie musculaire.

Les choses en sont là ; les travaux parus jusqu'à ce jour (Gellé, Beckmann) n'ont aucunement résolu ce problème. Je proposerai une solution, qui semble combler toutes les lacunes et lever tous les doutes, et je m'étonne que les observateurs qui m'ont précédé n'y aient point songé. Je prétends que ni la membrane tympanique, ni la chaîne des osselets n'ont rien à voir avec la conduction proprement dite du son. Quand la transmission du son s'effectue normalement, la partie médiane du tympan et la chaîne des osselets conservent une immobilité presque complète et la membrane tympanique laisse seulement filtrer, selon la disposition de ses molécules, les ondes aériennes partant du conduit auditif externe, pour gagner l'oreille moyenne où elles rencontrent la surface large du promontoire et se propagent à la capsule labyrinthique directement sous-jacente et à son contenu.

A l'appui de mon dire, je rappellerai brièvement la façon dont Helmholtz et ses élèves instituèrent les expériences sur lesquelles leur théorie est fondée.

Buck décrit ainsi le dispositif institué sous la direction de Helmholtz après avoir ouvert le toit de la caisse. Comme source du son on employa des tuyaux d'orgue dont les tons variaient de hauteur. Afin de conduire les ondes aériennes des tuyaux au conduit auditif externe en perdant aussi peu d'air que possible on eut recours au procédé suivant.

« L'extrémité béante des tuyaux fut hermétiquement close à l'aide d'une planchette. On introduisit dans une ouverture ménagée au milieu de la planchette un tube de verre mesurant 17 centimètres de long et 14 de large. On effila l'extrémité li-

bre de ce tube et on la revêtit de cire de façon à ce qu'il fût adapté au conduit auditif externe sans que l'air n'y pénétrât. » Ensuite l'éclairage permit de distinguer exactement les excursions, et pour les mesurations on se servit d'un micromètre oculaire.

Avec un peu d'habitude, on voit que par ce procédé on obtient des oscillations qui dépassent notablement la moyenne des ondulations du son ; on mesure les oscillations des plus grandes amplitudes, telles que nous les éprouvons sous forme de violents chocs et de secousses pouvant provoquer un déplacement dépassant le coefficient d'élasticité et entraînant la destruction du tympan.

Si on avait entrepris les expériences avec les tuyaux d'orgue à une distance de l'oreille où cette dernière les aurait perçus distinctement, mais sans sensation pénible ou douloureuse, on n'aurait pu, même en se servant des instruments de précision les plus perfectionnés que l'on puisse rêver, observer aucun déplacement des masses à l'endroit où toutes les particules se déplacent d'une manière synchrone et toujours parallèle, mais plutôt des oscillations moléculaires infiniment subtiles au cours desquelles chacune des diverses molécules se trouve dans toutes les phases de mouvement où les unes reprennent déjà leur situation du début, tandis que d'autres commencent seulement à se mouvoir.

Dans la transmission normale du son, quand on a affaire à un mouvement ondulatoire progressant, on ne remarque que des déplacements moléculaires, se propageant de particule à particule, sans que le milieu qui propage les oscillations soit, d'une façon sensible, déplacé en masse, soit que ce milieu soit une colonne d'air, une porte en bois, un métal ou un tissu organique ; peu importe que la force d'expansion soit de 1 mètre ou 0<sup>m</sup>,1. Il existe une grande analogie avec les billes d'ivoire restant ou pendant l'une à côté de l'autre et qui, après un premier choc, s'impriment l'une et l'autre leur mouvement oscillatoire, de sorte que la première bille est déjà au repos, quand la dernière s'éloigne ; les oscillations du son sur le tympan s'effectuent de la même manière. Les molécules de la partie externe, après avoir communiqué leurs oscillations à



leurs voisines, sont revenues à leur position d'équilibre, lorsque les molécules de la position interne propagent leurs oscillations à l'air de l'oreille moyenne. Ce n'est pas le tympan entier qui est secoué, ce sont seulement des molécules.

C'est à tort qu'on invoque le fait de la petite excursion du tympan dans la direction de la conduction du son comme un argument tendant à démontrer qu'il ne peut évoluer que sur toute son étendue et dans tous les sens. Lorsque Landois s'appuie sur cette raison pour émettre l'hypothèse que le tympan et les osselets produisent des vibrations analogues aux fourchettes d'un diapason vibrant ou d'une corde tendue, de sorte que toutes ses particules se trouvent en même temps dans la même phase du mouvement, on pourrait prouver le contraire par le calcul même. En évaluant à 1 000 mètres la rapidité de la propagation du son dans la substance du tympan à une épaisseur de 0<sup>m</sup>,1 le laps de temps écoulé entre l'arrivée des oscillations du son de l'extérieur à l'intérieur du tympan devrait être d'un 10/1 000 000<sup>e</sup> de seconde. Et dans les intervalles de cet espace de temps, chacune de ces molécules du tympan se trouve donc et reste dans les diverses phases du mouvement. L'idée ne viendrait à personne d'admettre en principe une autre sorte de mouvement dans des coupes transversales d'un bâton conducteur du son, ou dans un disque de fer de 0<sup>m</sup>,1 d'épaisseur glissé dedans, que dans le bâton entier à cause de leur minceur, c'est-à-dire un mouvement de progression des ondes. Il doit en être de même pour le tympan.

De plusieurs côtés on a attiré l'attention sur la longueur des ondes sonores, et on en a déduit (par exemple v. Hensen) qu'il devait se produire une oscillation en masse des molécules tympaniques. Mais personne plus clairement que Helmholtz n'a démontré que le mouvement d'une onde n'est pas du tout identique à un mouvement en masse des particules qui composent l'onde. On sait que Helmholtz eut l'heureuse idée de démontrer ce procédé d'une manière claire et nette par un morceau de bois que l'on fait flotter sur la surface agitée d'une masse d'eau. « Ce morceau de bois n'est pas entraîné par le passage des ondes, mais il est seulement ballotté et reste enfin en repos à l'endroit où il siégeait primitivement. Les ondes

qui passent sur la surface sont toujours constituées par de nouvelles particules de liquide, de sorte que celle qui avance comme onde n'est que la secousse, la forme changée de la surface tandis que les particules isolées ballottent en oscillations passagères, mais ne s'éloignent jamais beaucoup de leur point de départ. On observe les mêmes faits pour le tympan. Ce n'est pas la masse de celui-ci qui se déplace sur une étendue en rapport avec la longueur des ondes, mais chaque molécule oscille isolément, après avoir effectué l'oscillation, qui lui est communiquée au commencement jusqu'à ce qu'elle s'arrête définitivement à l'état d'équilibre moyen. Peu importe que la **longueur des ondes** atteigne 20 ou 0<sup>m</sup>,2. Ces mouvements qui sont exécutés par le **tympan sous l'influence du choc sonore** ne sont nullement déterminés par la **longueur des ondes**, mais bien plutôt par l'amplitude des oscillations **moléculaires**. Seulement lorsque cette amplitude devient si grande qu'elle atteint le diamètre de la membrane tympanique ou le dépasse, c'est-à-dire quand les oscillations sont très considérables, il peut être question d'une oscillation *in toto*.

Ce sont ces oscillations les plus légères du son, dont les amplitudes ne représentent qu'une très petite fraction de l'épaisseur du tympan qui peut à peine être imaginée, millionnièmes de millimètre, qui se propagent à travers la membrane tympanique, sans la déplacer d'aucune façon. Aussi, dans ces cas, le marteau qui adhère presque complètement au tympan ne peut-il entreprendre aucune excursion dans le sens admis jusqu'à présent, et la chaîne des osselets ne dessine aucun mouvement en avant et en arrière de la lame de l'étrier. Et une transmission moléculaire des ondes sonores par la chaîne jusqu'à la fenêtre ovale est impossible en raison de la construction essentielle de la chaîne.

Le tympan se compose de la même façon qu'un agent intermédiaire optique encastré entre deux voisins de même nature ; la forme d'oscillation des ondes n'y est aucunement influencée et les oscillations qui se produiraient dans l'agent intermédiaire encastré ne sont nullement liées à un déplacement externe.

En considérant le tympan au point de vue de la conduction

du son, on voit qu'il n'a qu'une action atténuante ainsi que la produit n'importe quel corps intermédiaire. Cette action atténuante est réduite au minimum parce que son étendue dans la direction du son ne dépasse pas 0<sup>m</sup>,1 et que son contenu moléculaire est très élastique.

C'est d'un tout autre côté qu'il faut rechercher l'importance du tympan au point de vue de l'organe auditif. D'abord il fournit une protection nécessaire afin qu'une colonne d'air réchauffée uniformément se trouve toujours au-dessus du promontoire, et que les tissus revêtant ces parties subissent toujours la même pression et les mêmes modifications de structure ; en second lieu, la fonction principale consiste à former avec la chaîne des osselets un régulateur important non seulement d'une manière mécanique, mais encore acoustique pour les oscillations de pression du labyrinthe. Les deux voies d'écoulement de l'espace endo et périlymphatique ne peuvent servir à égaliser la pression que lorsqu'il s'agit d'une pression prolongée, et ils n'y sont aucunement appropriées, quand on a affaire à des ondes oscillant aussi rapidement que les ondes sonores. Les canaux sont bien trop étroits pour remplir ce but. On ne peut pas non plus songer à régulariser la pression par la distribution du sang, depuis que Eichler, dans son étude anatomique si parfaite, a démontré que le courant sanguin demeure absolument stationnaire. Il faut donc chercher ailleurs les phénomènes d'échappement requis pour la production des oscillations sonores dans le liquide labyrinthique et cela du côté des deux fenêtres. Ce fait est prouvé en ce qu'en obtenant pathologiquement les deux ouvertures des fenêtres, en entravant ainsi totalement l'écoulement du liquide labyrinthique incompressible on observe une surdité complète de l'oreille affectée.

Toutes les recherches entreprises jusqu'ici plaident en faveur de l'action de la fenêtre ronde comme soupape. La membrane secondaire forme une forte lame élastique plus ou moins creusée selon les opinions divergentes à ce propos, qui pénètre dans le labyrinthe, et qui, par sa structure, est parfaitement apte à jouer le rôle de levier automatique pour des changements effectués à l'intérieur. Les oscillations des fibres dans le

liquide labyrinthique tendront toutes à s'échapper par cet endroit qui leur opposera le moins de résistance.

On devra abandonner l'opinion généralement adoptée et contestée jusqu'ici, suivant laquelle la membrane de la fenêtre ronde ne peut être mise en mouvement que directement par les mouvements produits par la lame de l'étrier. Là semble être le point principal, contre lequel tous les auteurs qui ont abordé la question comme moi ont échoué depuis longtemps. Et pourtant il me semble bien nettement que la production de mouvements régularisés dans un liquide est possible, quand celui-ci peut s'échapper à une seule place par suite d'un changement de sa surface. Cet endroit est constitué par la membrane de la fenêtre ronde, qui suffit par elle-même, même si une seconde lame mobile n'existe pas ou est fixée pour permettre des oscillations résonnantes réglées des fibres labyrinthiques.

Lorsque la seconde lame, celle de l'étrier, comme je l'ai prouvé plus haut, ne subit pas les moindres déplacements en totalité ni internes ni externes, le son arrive normalement, mais comme la capsule du limaçon dans laquelle elle est insérée, demeure presque immobile, on devrait entreprendre des recherches, au sujet de sa fonction physiologique.

La lame de l'étrier dans la fenêtre ovale peut se mouvoir dans un axe presque perpendiculaire sur son plan, quoique ce ne soit pas directement, *spritzenstempelartig*, ainsi que Gad le prétend, mais seulement au point de vue de l'action des deux muscles internes de l'oreille : le tenseur et le stapédius. L'effort musculaire a été depuis longtemps étudié à fond, mais on devait aboutir aux hypothèses les plus contradictoires relativement à son rôle physiologique, tant qu'on s'appuyait sur les théories de Helmholtz à propos de la conduction du son. Mais en admettant mes propres hypothèses, on arrive à une solution satisfaisante : le mécanisme des osselets depuis le tympan jusqu'à la lame de l'étrier est merveilleusement organisé pour la protection et la régularisation des mouvements oscillatoires des fibres de l'organe de Corti.

Si à la suite d'une excitation anormale, passive ou active, le tenseur se contracte, la lame de l'étrier se porte vers l'inté-

rieur. Lorsqu'elle se meut vers l'intérieur au maximum, le liquide labyrinthique incompressible ne peut plus céder, la pression interne sur la fenêtre ronde atteint un tel degré, qu'elle perd son élasticité ; les fibres perceptrices du son n'oscillent plus ; la surdité persiste aussi longtemps que la pression dure. Toutes les sensations qui agissent avec beaucoup de force sur notre oreille et qui, lorsque la résistance n'était pas brisée, déchiraient et détruisaient d'un coup les parties délicates de l'oreille interne, sont paralysées de la façon la plus heureuse par ce mécanisme extraordinaire qu'on ne saurait trop admirer.

Quand la lame de l'étrier se porte vers l'intérieur, mais pas au maximum, les oscillations des fibres perceptrices du son ne sont pas absolument entravées par l'augmentation de pression du liquide qui les entoure, elles sont seulement tempérées, les amplitudes de vibration des fibres sympathiques sont raccourcies ; ce fait a une importance physiologique prépondérante pour la perception exacte de tous les tons ressortant des fibres oscillant dans de grandes amplitudes, c'est-à-dire pour la perception des tons graves. En l'absence de ces mesures de précision, nous entendrions encore longtemps après un écho suivi de confusion et de sensations bruyantes dans la région de ces tons. On a la confirmation de cette remarque par le tableau que l'on observe régulièrement dans les cas pathologiques : Si le ramollissement est supprimé par l'interruption ou l'immobilité, nous constatons toujours un abaissement de l'appréciation exacte des tons graves et l'apparition de bruits subjectifs profonds.

Dans ce mécanisme d'accommodation surprenant, c'est au stapédius, comme antagoniste du tenseur, que revient le privilège de pouvoir nuancer les mouvements de celui-ci de la manière la plus sensible par un effet inverse.

Le terme d'accommodation n'est pas entièrement justifié qu'à ce nouveau point de vue, tandis que jusqu'ici on l'avait employé, comme si le tympan était l'organe passif de l'accommodation, qu'il fût mieux accordé par l'accroissement de sa tension ou plus approprié aux oscillations des tons contenus dans la masse sonore ; l'expression d'accommodation doit plu-

tôt être réservée maintenant au liquide labyrinthique, étant mieux adaptée pour la membrane tympanique et les osselets voisins à la compression qui est la plus parfaite pour les oscillations des fibres labyrinthiques. C'est un mécanisme absolument analogue à celui que nous avons observé sur l'appareil ciliaire de l'œil, de même qu'ici une limitation relative à l'espace est créée pour la perception aiguë des rayons lumineux, ainsi la lame mobile de l'étrier, qui sert de réflecteur dans l'oreille, procure la limitation nécessaire de temps pour la perception précise des oscillations du son. Pour l'œil, ce sont les rayons lumineux qui partant d'objets voisins nécessitent cette accommodation ; pour l'oreille, ce sont aussi les oscillations du son particulièrement fortes et profondes. Le mécanisme est influencé d'une façon passive par les ondes sonores, quand elles font pénétrer les secousses dans toute l'épaisseur de la membrane tympanique par une amplitude de l'oscillation de ses molécules ou d'une manière active par l'action musculaire ; lorsque l'excitation se propage de l'organe percepteur au ganglion olitique par qui le tenseur du tympan est innervé.

C'est la physiologie expérimentale qui devra chercher à élucider cette théorie, bien que ces expériences offrent beaucoup de difficulté en raison des dimensions restreintes et de l'inaccessibilité de l'organe auditif. La nature offre souvent pour les recherches de ce genre une aide essentielle, parce qu'elle fournit dans beaucoup de cas pathologiques l'expérience, dont nous nous servirions au point de vue physiologique, et ainsi la pathologie procurera le meilleur matériel expérimental. D'après les observations pathologiques que j'ai pu recueillir jusqu'à présent, je crois pouvoir affirmer qu'il n'existe aucun fait clinique qui ne reçoive une solution satisfaisante au point de vue de mes recherches nouvelles. Mais je me réserverai de revenir sur ce point dans une étude spéciale qui me demandera encore un assez long travail. Pour le moment, je parlerai brièvement des modifications que j'ai déjà mentionnées dans mon mémoire cité au début de cet article et qui sont causées selon la nouvelle théorie par les résultats des deux principales épreuves du diapason.

Jusqu'à présent on a facilement admis que le diapason appuyé sur les os du côté où l'oreille moyenne est affectée, est entendu plus ou moins longtemps lorsqu'on fait l'épreuve de Weber ou de Rinne, sous forme de conduction osseuse, ou on a émis l'hypothèse que l'échappement du son serait entravé et qu'ainsi le ton pourrait se renforcer. Mais cette application n'est nullement satisfaisante, car dans la plupart des cas de perforation tympanique, elle fait défaut, de même que dans les cas où l'échappement du son devrait être facilité, on observe le même accroissement de la conduction osseuse. Aussi suis-je d'avis que ces symptômes s'expliquent tout simplement si l'on admet ma théorie.

Dans l'épreuve de Weber, le son du diapason est latéralisé du côté de l'oreille moyenne affectée, car ainsi la fixation ou la destruction de la chaîne des osselets empêche l'accommodation, et par suite les oscillations imprimées aux os par le diapason peuvent faire vibrer d'une façon prolongée et plus violente les fibres dans l'organe terminal.

Dans l'épreuve de Rinne on remarque que, lorsque le diapason n'est plus perçu par la mastoïde, on l'entend de nouveau normalement en le plaçant devant l'oreille. Ce résultat provient d'une erreur d'interprétation survenant pendant l'épreuve et en rapport avec la manière de procéder, et il n'est pas imputable à une différence essentielle de conduction aérienne ou osseuse et encore moins à une supériorité de la conduction par l'air qui est notoirement un plus mauvais conducteur des ondes, mais il est provoqué plutôt en apparence par une évaluation égale du manche et des branches du diapason. Mais le manche du diapason oscille en moindres excursions que ses branches, et comme l'intensité de la secousse est influencée par la main qui le tient et est affaiblie par la résistance des os, bientôt il ne vibrera plus qu'imperceptiblement, tandis que les extrémités oscillent encore perceptiblement. L'oreille n'entend plus aussi loin qu'au début les branches du diapason ; le son diminue en raison du carré de l'éloignement, il est perçu de nouveau, quand on abrège la distance et qu'on rapproche l'instrument de l'oreille. Telle est l'explication physique la plus simple qu'on a méconnue jusqu'ici, et cette erreur a

donné lieu à la différenciation inexacte de conduction aérienne et osseuse. Les divergences pathologiques de l'épreuve de Rinne s'expliquent aisément lorsqu'elles ne sont pas influencées par quelque trouble de la faculté d'oscillation ou de perception des fibres labyrinthiques — affection organique, fenêtré ronde — par le relèvement ou la modification de l'accommodation dans la chaîne des osselets. Tandis que l'oreille normale, au moment où le manche du diapason cesse de vibrer perceptiblement, ne perçoit exactement plus aucun ton, mais entend de nouveau les extrémités du diapason qui sont encore en oscillations, les tons du manche du diapason qui ont cessé d'être entendus normalement vibrent encore longtemps dans l'oreille affectée, dans la chaîne des osselets et d'une manière si prolongée dans les cas graves, qu'en approchant les branches du diapason, elles-mêmes n'oscillent déjà plus.

On voit donc que toutes les pierres apportées à l'édifice ancien par des mains patientes peuvent servir à la reconstruction du nouveau.

Je me résume ainsi :

1) Le tympan et la chaîne des osselets n'effectuent que des oscillations moléculaires lors de la conduction du son.

2) La membrane tympanique et la chaîne des osselets constituent un appareil régulateur réflecteur parfait, actionné par un jeu musculaire précis ; la fenêtré ronde sert de soupape automatique.

3) Une seule voie conduit le son au labyrinthe : la conduction osseuse ; elle peut s'effectuer directement depuis la source du son (diapason) ou indirectement par des moyens intermédiaires (air et tympan).

En présentant cette théorie à l'appréciation des confrères français, je leur demanderai d'élever toutes les hypothèses et les objections que l'on peut émettre pour battre en brèche les idées adoptées par un savant aussi autorisé que Helmholtz, soutenues et raffermies après lui par tant d'auteurs compétents. C'est seulement en envisageant toutes les objections possibles et en recueillant tous les faits, même ceux qui semblent contradictoires, que l'on pourra enfin obtenir la solution de ce problème ardu.

---



## ICTUS LARYNGÉ ET ASTHME

Par le Dr **MONCORGÉ** (du Mont-Dore).

Depuis que Charcot, en 1876, a décrit l'ictus laryngé, la science en a enregistré 60 à 70 cas environ. C'est peu en vingt ans et plus ; c'est beaucoup, si l'on réfléchit que les trois quarts ont été publiés ces quelques dernières années. Les cas se multiplient donc rapidement, non pas, il faut le croire, pour le besoin et la plus grande joie des auteurs, mais parce que l'ictus mieux connu est plus attentivement cherché. Il est très rare — tout à fait exceptionnel — d'assister à une crise d'ictus ; ce qui est rare encore, c'est le malade vous accusant spontanément cette crise, mais l'ictus laryngé, en lui-même, n'est pas, ne doit pas être rare. Telle est d'ailleurs l'opinion de Garel et Collet dans leur important et intéressant mémoire, de Moll, et d'autres spécialistes ; opinion que je partage entièrement. J'apporte une nouvelle preuve de cette fréquence en donnant d'un seul coup 19 observations inédites recueillies en quatre mois dans la clientèle mont-dorienne. Milieu un peu spécial, il est vrai, très favorable, où l'on en trouverait par douzaine, je suis sûr, si on voulait bien les rechercher systématiquement comme je viens de le faire pendant cette dernière saison.

Sur ces 19 cas, 13 me sont personnels. Les autres m'ont été obligeamment communiqués par mes collègues, les Drs Percepiet et Alfred Mascarel.

Malgré d'inévitables répétitions, je crois devoir les donner en entier. Une observation vaut souvent moins par l'affirmation d'un fait, que par la précision et au besoin par le luxe de ses détails. C'est en procédant ainsi pour l'ictus qu'on arrivera sans doute à établir de façon définitive l'étiologie, la sympto-

matologie typique ou atypique et la pathogénie de cette affection encore bien singulière.

OBSERVATION I. — M. C... (Rhône), 53 ans. Ni syphilis, ni alcoolisme ; fumeur. Très bonne santé jusqu'en 1877 : cette année-là, bronchite d'hiver longue. Puis, peu à peu, surviennent des crises d'asthme nocturnes, classiques, d'intensité et de fréquence variables. Est resté quelquefois huit jours, sans se coucher. Depuis trois ans, éternue beaucoup.

*1<sup>re</sup> saison, au Mont-Dore, en 1896.* — Emphysème assez accusé. Nez, pharynx, larynx normaux. Rien au cœur. Urines normales.

*2<sup>e</sup> saison, en 1897.* — N'a eu qu'une seule crise d'asthme, en novembre, avec suites légères pendant une quinzaine de jours. Puis, tout le reste de l'année s'est bien passé. Eternue toujours facilement.

*3<sup>e</sup> saison, en 1898.* — A eu trois crises d'asthme dans l'année. Eternuements moins fréquents. M. C... me raconte que, le 1<sup>er</sup> janvier, étant à table, il éprouva un léger chatouillement au larynx, toussa un peu et perdit connaissance quelques secondes. La tête se pencha sur la poitrine et l'entourage crut à une attaque d'apoplexie.

Le 15 janvier, en allant à table, léger chatouillement laryngien, toux brusque et légère, chute complète. Le tout dure une demi-minute.

Quatre jours après, le 19, en jouant aux cartes, nouvel ictus, de la même façon et de même durée. Les cartes lui tombent des mains. Mme C..., qui accompagne son mari et qui a été témoin des ictus, me dit qu'il est tout pâle après la crise et que la figure s'étire. Il n'y a jamais eu de mouvements convulsifs.

M. C... m'apprend, en outre, que l'an dernier, au mois de juin 1897, étant debout, après une quinte de toux violente, il a fait une chute sur le parquet. A ce moment, il crut avoir glissé, mais depuis il est persuadé qu'il a dû avoir son premier ictus. Il me dit avoir pris des quintes de toux violentes, sans ictus, mais, par contre, avoir ressenti du simple vertige sans tousser beaucoup.

*4<sup>e</sup> saison, en 1899.* — M. C... m'apprend qu'il a eu en février cinq ictus, toujours à table, le soir. A cette époque, il était en état de mal asthmatique moyen (oppression légère de jour, accès légers de nuit).

M. C... fume beaucoup, mais ce n'est pas en fumant qu'il prend ses ictus. J'ajoute que, quelquefois, le rire amène chez lui de la toux, ou un peu de suffocation.

OBS. II. — M. E... (Rhône), 46 ans. Poids : 81 kilogrammes. Sœur asthmatique. Excès alcooliques antérieurs. Grand fumeur autrefois, mais ne fume plus depuis quatre ans. Influenza il y a deux ans, et depuis crises d'asthme. Eternuements assez faciles; le rire amène quelquefois des quintes de toux.

1<sup>re</sup> saison, en juillet 1897. — Emphysème avec quelques râles asthmatiques. Déviation à droite de la cloison nasale. Pharyngite légère. Rien au larynx. Ni sucre, ni albumine.

2<sup>e</sup> saison, en juillet 1899. — M. E... a fait une réaction post-thermale un peu vive, vingt-quatre heures après; puis l'année s'est convenablement passée. En décembre 1897, deux ictus laryngés, à courte distance, se manifestent par petite toux brève, chatouillement, chute et perte de connaissance de peu de durée. En février 1898, troisième ictus, en jouant aux cartes; se remet à jouer tout de suite après sa chute. Ces trois ictus se sont produits à la fin de petites crises d'asthme, après qu'eurent cessé le spasme initial et les quintes de toux violentes qui, chez lui, accompagnent le début de la crise.

Interrogeant ses souvenirs, M. E... me dit qu'il y a deux ans, en 1896, il a eu trois ictus laryngiens, en marchant dans la rue. Très peu de chose : chatouillement léger, toux brève, et sensation de chute avec obnubilation. Il était obligé de s'appuyer, de s'affaisser presque contre un mur ou une devanture de magasin. Il croyait, à ce moment-là, avoir glissé, fait un faux pas. Depuis, il s'est rendu compte que les phénomènes de 1896 devaient être de même ordre que ceux de 1898.

3<sup>e</sup> saison, en 1899. — A eu, en janvier de cet année, deux ictus légers, l'un après le repas de midi, l'autre après le repas du soir, à huit jours d'intervalle. A ce moment, il était en état de crise d'asthme très légère, avec toux quinteuse, facile. Ces deux dernières fois, prévoyant ce qui allait lui arriver, il a pu se tenir à un appui : il n'est pas tombé, la perte de connaissance s'est faite « debout ».

OBS. III. — M. S... (Algérie), 36 ans. Poids : 75 kilogrammes. Vient au Mont-Dore en juillet 1898.

Pas d'antécédents héréditaires. Teint coloré, congestif. Pas d'alcoolisme. Fièvres intermittentes autrefois; quatre accès de goutte antérieurs, le dernier, il y a trois ans. Bronchite il y a deux ans; à la suite essoufflement et phénomènes asthmatiques,

surtout le matin, au réveil. A eu deux crises d'asthme, nettes, la nuit, assez vives.

Il y a deux ans, en lisant son journal, après quinte de toux violente, sa tête se penche et perte de connaissance complète. Il y a un an, étant seul sur un balcon, chatouillement au larynx, chute en arrière avec perte de connaissance. Ne se souvient plus s'il eut, cette fois, à tousser beaucoup.

La voix est voilée habituellement. Cordes vocales catarrhales. Pharyngite légère. Emphysème. Nez normal. Urines normales.

Revient en 1899. A passé une année bonne. Pas d'ictus.

OBS. IV. — M. B... (Somme), 48 ans. Poids : 90 kilogrammes. Père et sœur asthmatiques. Lui est fort, très coloré. Quelquefois, excès alcooliques ; légèrement rhumatisant. Calvitie. Ne fume pas.

Vient au Mont-Dore dans l'état suivant : Emphysème, expiration très prolongée, râles inspiratoires et expiratoires de haute tonalité, dans tout le thorax, audibles à distance. En somme, état de crise. Le malade dit que c'est là son état normal « depuis dix ans ». Comme cela, il marche, monte, vaque à ses occupations avec léger essoufflement. Il dort bien la nuit. A quelquefois des paroxysmes de crise, mais de jour seulement.

Voix légèrement voilée. Rien dans le nez. Pharynx un peu congestionné. Cordes vocales un peu roses. Rien dans les urines.

De 1896 à 1897, a eu sept ictus laryngés, les uns après les repas, les autres à jeun. La première fois en riant. A eu tantôt des toux courtes, tantôt longues : mais toujours très quinteuses, convulsives.

Depuis 1897, l'ictus n'a pas reparu, sans que M. B... ait fait quelque traitement.

OBS. V. — M. R... (Loire), 43 ans. Poids : 65 kilogrammes. A eu, en 1891, une poussée de tuberculose au sommet droit, dont il s'est guéri. Il y a deux ans, congestion de la base gauche. Cette année, 1899, poussée rhumatisale à l'épaule. Bon état général. Teint coloré. Fume beaucoup (vingt à vingt-cinq cigarettes par jour).

*État actuel.* — Râles catarrhaux de la base gauche. Grosses amygdales. Cordes vocales rouges et sèches. Rien dans le nez.

En 18 mois, a eu sept ictus laryngés (classiques). Presque tous ont eu lieu après le repas et « tous » en fumant. La toux qui précède est très quinteuse, assez grasse, et dure d'une façon appréciable.

OBS. VI. M<sup>me</sup> A... (Allier), 43 ans. Asthmatique classique depuis de longues années. Maigre, assez nerveuse.

Depuis deux ans, une dizaine d'ictus, toujours en mangeant. Croit avaler — et peut-être avale — de travers, surtout quand elle mange des choses pâteuses. Alors chatouillement, toux convulsive, qui provoque presque des vomissements ; elle devient noire et perd connaissance. Cela n'est arrivé qu'en hiver et à ces moments-là était en état catarrhal, en état de mal asthmatique subaigu. Après l'ictus, elle reste déprimée, anéantie.

obs. vii. — M. C... (Rhône), 50 ans. Poids : 70 kilogrammes. Quelquefois, excès alcooliques ; un peu rouge, congestif. Ne fume pas. Emphysème. Nez, pharynx, larynx normaux. Rien dans les urines.

Asthmatique classique depuis cinq ans. Sensible au soufre, aux poussières. Rire dyspnéique parfois. Est plus souffrant de l'asthme depuis deux ans. Vient au Mont-Dore en août 1899.

Premier ictus, il y a dix-huit mois, immédiatement après souper. Avait, à ce moment-là, un peu d'asthme. Deuxième ictus, en mai dernier, après avoir soupé et bu une goutte de vin. Devient très rouge. La toux d'ictus est courte, mais très convulsive. Est alourdi, brisé après l'ictus.

obs. viii. — M. S... (Rhône), 41 ans. Poids : 102 kilogrammes. Asthmatique classique depuis 1894 ; son frère est aussi asthmatique. Polypes du nez, qui ont été enlevés en partie. Anosmie, avec cette particularité que son odorat redevient presque normal quand il a la migraine. Fume peu. A eu, dans sa vie, deux crises d'asthme violentes pendant une demi-heure, provoquées par l'ingestion de moules. Rien au larynx.

Il y a deux ans, en riant, à table, a eu un ictus laryngé. Toux quinteuse, courte, et il est tombé dans les bras de son voisin, en perdant connaissance quelques secondes. A ce moment, il était, depuis quelques jours, en état catarrhal asthmatique.

obs. ix. — M. B... (Rhône), 39 ans. Père asthmatique. Lui-même, sans avoir jamais éprouvé de crises d'asthme, a eu des étournements paroxystiques, le matin, et des coryzas fugaces, été comme hiver, avec phénomènes vaso-moteurs, tantôt dans une narine, tantôt dans l'autre. Fume peu. Pas d'alcool. Hypéresthésie pharyngo-laryngée ; il est presque inexaminable au laryngoscope.

Coqueluche, il y a cinq ans. Le quinzième jour de cette affection, étant appuyé à la cheminée, dans une quinte violente, tombe et perd connaissance. Depuis cette époque, retour de phénomènes coqueluchoïdes (?), presque à la même date, pendant une quinzaine de jours. Mais il n'y a plus eu d'ictus.

obs. x. — Cette observation est celle d'un confrère de l'Ain, qui a bien voulu me résumer lui-même son cas, de la façon suivante :

« En 1879, bronchite pendant trois mois, et à la suite dyspnée d'effort assez facile. En 1881, deux accès d'asthme violents. En 1883, nouveaux accès à la suite de bains de mer. Je deviens, à ce moment, très sensible aux poussières, aux odeurs de friture, etc., etc. De 1886 à 1894, accès d'asthme plus fréquents et plus prolongés, avec bronchites, coryzas, angines. L'iodure de potassium et le midi en hiver apportent quelque soulagement momentané.

« L'ictus laryngé ne s'est montré qu'en 1886, c'est-à-dire plusieurs années après mon premier accès d'asthme. Jusqu'alors la toux n'avait jamais revêtu ce caractère coqueluchoïde avec cette sensation particulière de constriction et d'étranglement, presque d'étouffement, à tel point que j'étais saisi d'une véritable angoisse lorsque je la « sentais venir ».

« J'ai eu plusieurs ictus laryngés ; deux surtout ont été violents, un moment après avoir soupé, avec toux quinteuse, coqueluchoïde, et tonalité croissante, comme si je montais la gamme. L'un est survenu après un rire forcé et je suis tombé comme une masse. Le second a éclaté aussi le soir, dans ma chambre, et je serais tombé sans ma femme qui m'a soutenu ; mais j'ai perdu connaissance. J'ai eu bien d'autres accès moins violents, dans les mêmes conditions de toux, mais qui, néanmoins, amenaient un moment d'absence de quelques secondes, accès que j'ai eus plusieurs fois en voiture. A ces moments-là, je suis toujours en léger état asthmatique.

« Quelquefois, ces accès se sont produits dans la nuit, entre une heure et deux, après un premier sommeil. Il y avait en même temps des sibillances.

« A partir du jour où j'eus mon premier grand ictus, je me suis efforcé de prévenir ces quintes si pénibles de toux spasmodique, de les modifier, de ne pas m'abandonner à leur violence, et je suis parvenu à les maîtriser sans, toutefois, les supprimer complètement. Dès que je sens venir les chatouillements de la glotte avec cette sensation d'irritation et de resserrement, je cherche à suspendre ma respiration et à faire de nombreux mouvements de déglutition, et je parviens, la plupart du temps, à éloigner ou à modérer cet ictus menaçant ».

obs. xi. — M. L... (Marne), 60 ans. Très nerveux. Eczéma du bras gauche. A un fils asthmatique. Lui-même a eu des bronchites

asthmatiques et des crises d'asthme violentes, qui ont été remplacées par des coliques hépatiques, puis ont reparu. Vu au Mont-Dore en juillet 1899.

En 1873, en deux mois, a eu deux ictus laryngés, l'un en voiture, l'autre après souper, étant accoudé à la cheminée. Toux brève, chute, perte de connaissance. A eu quelquefois des toux violentes vertigineuses, qui le forçaient à s'asseoir. Était alors en état de légère crise asthmatique.

obs. xii. — M. G... (Loire), 38 ans. Gros, fort, visage congestif. Poids : 86 kilogrammes. Ni fumeur, ni buveur. Poumons normaux. Déviation à droite de la cloison nasale ; gros cornet moyen à gauche. Pharyngite chronique légère. Cordes vocales un peu roses.

A l'âge de 20 ans, a eu des phénomènes asthmatiques, la nuit, qui ont disparu rapidement.

Depuis un mois, étrennements paroxystiques le matin, toux, et quelquefois expectoration glaireuse. Il y a trois semaines, à trois heures du matin, se réveille, éprouve un besoin d'air, va ouvrir la fenêtre, y reste deux minutes et en revenant, chatouillement, toux brève et perte de connaissance. Huit jours après (le 29 août), à trois heures du matin, se lève en toussant, perd connaissance et tombe au pied de son lit. Huit autres jours après, à onze heures du soir, en buvant une goutte de vin rouge, chatouillement, toux, avec « reprise inspiratoire », et chute violente, dont sa figure porte longtemps les traces.

Tout ce mois, le malade est pris d'une toux quinteuse, chaque nuit, à deux heures du matin, mais sans ictus. Cette toux de nuit, sans ictus, est assez longue et provoque une expectoration glaireuse. Il ne tousse pas de jour. A quelquefois, dans la journée, par chatouillement laryngé spontané ou par rire, la tête lourde et une sensation de vertige très appréciable pour lui.

obs. xiii. — M<sup>me</sup> V... (Ain), 60 ans. Violents accès d'asthme depuis de longues années. Pendant un de ces accès, elle est prise d'une toux coqueluchoïde et a une perte de connaissance très courte. Plusieurs fois, elle a eu des quintes de toux terribles, avec sensation de resserrement de la gorge, mais sans perte de connaissance.

obs. xiv. — (Due au Dr Alfred Mascarel). M. A..., homme très vigoureux. Poids : 88 kilogrammes. Syphilis probable. Premier accès d'asthme à l'âge de 23 ans. De 23 à 41 ans, crises d'asthme très espacées d'intensité et de durée variable, suivies de bronchite asthmatique, au mois de février dernier, prend une très forte crise d'asthme, qui dure toute la nuit. Au matin, étant assis dans son

fauteuil, la dyspnée paroxystique ayant cessé, est pris d'une quinte de toux excessivement violente et tombe brusquement du fauteuil. Sa femme de chambre le croit mort et va chercher le médecin. Le malade estime que la perte de connaissance a pu durer deux minutes (?).

Vient au Mont-Dore au mois d'août. Il ne s'est pas fait depuis ni ictus, ni crise d'asthme. Il s'est produit, parfois, des quintes de toux assez vives, mais sans ictus. A l'arrivée, on note : Emphysème. Pharynx insensible. Hypérémie des cordes supérieures et des replis aryéno-épiglottiques.

obs. xv. — (Cette observation et les quatre suivantes sont dues au Dr Percepid). M. S., 47 ans. Homme vigoureux, haut en couleur, d'embonpoint moyen. Antécédents asthmatiques et catarrhaux chez les ascendants. Depuis son enfance, il est sujet aux coryzas et aux rhumes de poitrine, qui, peu à peu, ont revêtu une forme sibilante nette. Depuis quelque temps, crises d'asthme fraîches, quelquefois remplacées par des quintes de toux paroxystique avec expectoration gommeuse. Douleurs rhumatismales vagues.

Un peu de pharyngite chronique. Pas de laryngite. Muqueuse nasale sans sensibilité exagérée. Rien au cœur. Urines normales.

A plusieurs reprises et depuis longtemps, il a été sujet à des accidents qui, tout d'abord, l'ont beaucoup effrayé. Quintes de toux extrêmement fortes, comparables à la toux de coqueluche, provoquant une rougeur intense du visage et du vertige passager. Il lui est arrivé de perdre connaissance et de tomber. Perte de connaissance courte, le malade se relevant aussitôt, très étonné de l'émotion de ses amis.

Le rire a amené, parfois, de pareils accidents, qui n'ont, d'ailleurs, eu aucune suite fâcheuse.

obs. xvi. — M. B., 51 ans. Taille moyenne; tempérament sanguin. A de l'asthme et des bronchites asthmatiques depuis vingt-cinq ans. Son père est asthmatique.

Déviation légère de la cloison nasale; mais la respiration de ce côté se fait bien. Craint un peu les poussières et certaines odeurs qui provoquent un peu d'oppression. Pharynx rouge. Amygdales moyennes. Rien au cœur. Urines normales.

Dyspepsie, tendance à la diarrhée. Hémorroïdes. Tout le système veineux paraît très développé.

Depuis deux ans, a eu, à plusieurs reprises, des crises de toux coqueluchoïdes, provoquant perte de connaissance passagère avec chute. Ces crises venaient surtout aux changements de saison et



le soir, le plus souvent à table, en causant ou en riant. Une seule fois, il a eu un vertige la nuit.

La sensation vertigineuse ne se produisait qu'après un moment de toux. Pourtant, il arrivait que les quintes qui précédaient les accidents étaient moins prolongées que les quintes ordinaires, mais elles étaient beaucoup plus fortes. Elles débutaient par un chatouillement de la gorge ou succédaient au rire prolongé et se produisaient, de préférence, pendant la digestion, quand il y avait une sensation de plénitude avec respiration moins facile ou quand il y avait eu de l'oppression la nuit précédente.

Ces accidents n'ont jamais eu de suites et s'éloignent à mesure que l'état des voies respiratoires s'améliore.

OBS. XVII. — M. D..., 47 ans. Homme robuste, fort. Mère asthmatique. Lui-même, depuis l'âge de 30 ans, est sujet aux rhumes d'hiver, sans avoir eu, à proprement parler, de crises d'asthme. A l'auscultation, on trouve des râles sibilants nombreux et quelques légers frottements pleuraux aux bases.

Rien au cœur. Urines normales. Digestions satisfaisantes.

Nez normal. Pharynx présente une rougeur vive avec épaississement de la muqueuse. Amygdales anfractueuses. Au larynx, rougeur vestibulaire et rougeur des cordes vocales.

A plusieurs reprises, M. D... a eu des quintes de toux coqueluchoïde, qui ont provoqué du vertige et parfois des chutes passagères. Il ne nous a donné que très peu de renseignements sur leur mode de production.

OBS. XVIII. — M. M..., 52 ans. Grand, maigre, chauve. Père asthmatique; sœur asthmatique, eczémateuse et dyspeptique. Lui-même a des douleurs rhumatismales et est sujet à des coryzas et à des trachéo-bronchites avec respiration musicale, un peu de gêne, mais sans grand accès d'oppression.

A l'auscultation, emphysème avec sibilances. Au nez, déviation légère de la cloison et un peu de sténose. Au pharynx, rougeur assez vive. Cordes vocales rosées.

Rien au cœur. Urines normales. Bonnes digestions. Grand fumeur de cigarettes, avalant la fumée.

Cette année, pour la première fois, il a eu, après le repas, une crise de toux coqueluchoïde qui a provoqué une chute. Il s'est relevé immédiatement. La toux n'a pas été plus prolongée que d'habitude; seule, son intensité a été remarquable. L'accident ne s'est pas reproduit.

M. M... n'a jamais éprouvé de toux vertigineuse sous l'influence

des excitants divers, poussières, rire, etc., etc. Un de ses cousins a eu des ictus sous l'influence du rire.

OBS. XIX. — M. X..., 54 ans. Homme de taille au-dessus de la moyenne, fort, avec toutes les apparences du tempérament sanguin. Les antécédents héréditaires manquent pour lui, à part une bronchite à l'âge de 30 ans, il a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 45 ans.

A partir de cette époque, bronchites à répétition, s'accompagnant d'emphysème et d'oppression survenant surtout la nuit. Pas de symptômes nasaux, pas de coryzas, pas d'éternuements. Les odeurs et les poussières ne l'influencent pas.

A l'auscultation pulmonaire, emphysème et quelques sibilances. Rien au cœur.

Muqueuse du nez mollassée, modérément hypertrophiée. Pharynx rouge vif, avec glandulations nombreuses en voie d'atrophie. Les piliers sont épaissis. Laryngite chronique caractérisée par un peu d'épaississement de la muqueuse des replis supérieurs et la couleur rosée des cordes.

Digestions normales. Rien dans les urines.

Il y a un an environ, sans cause appréciable, après dîner, il eut, à la suite d'un accès de toux, dont l'intensité ne fut pas différente de celle des accès antérieurs, un vertige suivi de chute avec perte de connaissance et de retour rapide à l'état normal. Cette quinte de toux s'est accompagnée de sensations spéciales dans le bras et de bourdonnements dans toute la tête, dit le malade.

Depuis et à plusieurs reprises, M. X... a ressenti cette toux avec sensations prodromiques et vertige léger. Alors il appuie les deux mains contre un meuble, penche le corps en avant en se pliant un peu et respirant doucement, il arrive à juguler son accès. Lorsqu'il a une crise d'asthme, il se calme aussi en se pliant et en portant le thorax en avant. Jusqu'ici, il n'a eu qu'un accès d'ictus laryngé.

Abstraction faite de certains détails déjà étudiés et connus — âge, sexe, influence du repas, du tabac, du vin, etc., etc. — Une chose frappe à la simple lecture de ces observations : la fréquence de l'asthme. Tous ces malades sont des asthmatiques, sauf le cinquième, fumeur, ancien tuberculeux. Le sixième n'a jamais eu de crises classiques, il est vrai ; mais issu d'asthmatique, et présentant lui-même tantôt des phénomènes vaso-moteurs fugaces du côté du nez, tantôt des sternutations

paroxystiques matinales, on est en droit de le considérer comme un cas fruste, atypique : un asthmatique à manifestations exclusivement nasales.

A une exception près, toutes ces observations se réclament donc de l'asthme. Envisagée ainsi, en bloc, cette constatation a quelque chose d'un peu surprenant. Les statistiques antérieures — très brèves, sauf celle de Garel et Collet — n'offrent en effet rien d'aussi systématique. On peut demander, a-t-on affaire à une série, non renouvelable, partant d'indication trompeuse ? S'est-on volontairement, ou sans s'en douter, cantonné sur l'unique terrain asthmatique, auquel cas l'explication serait aisée et l'enseignement discutable ?..... Il importe d'analyser une proportion qui peut paraître excessive et de la mettre en valeur autrement.

Je laisse de côté les observations obligeamment fournies par mes collègues Percepied et Mascarel. Ce sont à proprement parler des observations de hasard, ayant sollicité d'elles-mêmes l'attention ; il est déjà curieux et instructif de constater, en passant, qu'elles se rapportent toutes à des asthmatiques..... Je m'en tiens à ma statistique personnelle qui se trouve réduite à 13 cas.

Ces 13 cas se répartissent sur trois cent vingt personnes — cent vingt femmes ou enfants de sexe féminin, deux cents hommes ou enfants du sexe masculin — qui toutes ont été interrogées systématiquement au point de vue de l'ictus laryngé. Tous ces malades sont des « touseurs », pour causes diverses ; emphysème, bronchite, tuberculose, asthme, laryngite, etc., etc..... Premier résultat et premier pourcentage facile à établir : treize ictus sur trois cent vingt laryngo-broncho-pulmonaires. Là-dessus douze asthmatiques.

Sur ces trois cent vingt, je relève cent trente-sept asthmatiques : soixante dix-huit hommes, cinquante-neuf femmes. Restent cent quatre-vingt-trois non-asthmatiques.... Second résultat : cent quatre-vingt-trois non-asthmatiques fournissent un seul cas d'ictus, tandis que cent trente-sept asthmatiques en fournissent « douze ».

..... Pourquoi cette énorme disproportion au profit de la « catégorie asthmatique », au lieu d'une répartition propor-

tionnelle qui aurait fait, mathématiquement, pencher la balance en faveur de l'autre catégorie. On est bien tenté d'admettre une relation de cause à effet, une filiation entre ceci et cela. L'asthme serait promesse d'ictus..... Cette conclusion se présente d'elle-même à l'esprit.

Au reste, en des observations antérieures, l'asthme ou les antécédents asthmatiques — personnels, héréditaires — ont été déjà mentionnés.

1 cas de Charcot.

1 cas de Weill (*Province médicale*, 1887). L'ictus se produit pendant l'accès d'asthme.

2 cas de Fayolle (*Lyon médical*, 1897).

3 cas de Percepied (in Société médico-Chirurgicale, ou *Nor-mandie médicale*).

Sur les observations de Garel et Collet, 6 cas au moins ont trait à des asthmatiques.

Dans les Archives internationales de laryngologie et d'otologie (1896), j'ai donné un cas d'ictus survenu en plein accès d'asthme, sous mes yeux.

Enfin citons deux auteurs du traité de médecine Charcot-Bouchard. « On a noté, — dit Ruault — dans un certain nombre de cas d'ictus, des bronchites aiguës antécédentes, de la bronchite chronique, de l'emphysème, de l'asthme ».

« L'ictus laryngé, dit Brissaud, termine parfois les crises d'asthme, en particulier celles qui sont d'intensité moyenne. »

Je suis d'ailleurs convaincu qu'on a dû méconnaître l'asthme nombre de fois, dans les observations d'ictus, comme on le méconnaît souvent en d'autres circonstances. On a toujours le grand tort d'enfermer l'asthme dans un cadre trop étroit, sans y comprendre, d'avance, les formes irrégulières, atypiques, frustes, pourtant si fréquentes. La quinzième observation de Garel et Collet est instructive, en l'espèce. « Dans ce cas, l'asthme se manifesta d'une façon nette, un an après la constatation des ictus, par des quintes de toux à heure fixe, accompagnées de sibilances. Antérieurement, le sujet avait eu des quintes de toux, à heure fixe, mais sans sibilances ». Il est évident que ces ictus appartiennent d'ores et déjà à un asthmatique, sans qu'il soit besoin d'attendre les sibilances — qui ne devaient

venir que plus tard — pour asseoir le diagnostic. C'est pour la même raison que je considère comme asthmatique le sujet de la neuvième observation qui n'a jamais eu pourtant de crises classiques.

*A priori*, il n'est pas étonnant de trouver l'ictus dans l'asthme. Il est même naturel de l'y rencontrer. Qu'est, en effet, l'ictus, ou que paraît-il être, au moins dans son phénomène initial, en laissant de côté la pathogénie délicate, encore bien discutable de ses accidents terminaux ? Un spasme ; un spasme laryngien. Or les asthmatiques sont avant tout des spasmodiques. Sans parler du spasme des muscles intrinsèques de la respiration, qui caractérise essentiellement l'affection, ils ont des spasmes de tous ordres, aberrants : spasme de l'œsophage, du nez, du diaphragme (asthme phrénique), pseudo-angine de poitrine, tics nerveux divers, crises épileptiformes, spasme des voies biliaires (communication orale de Schlemmer), crampes musculaires. Dans quelle proportion chacun de ces spasmes d'aberrance ou de superposition se rencontre-t-il ? Il est difficile de le savoir, aucun travail de statistique ne venant en aide. On ne peut se guider que sur une expérience personnelle autorisée, sur une statistique d'impression. Chacun de ces spasmes, pris en particulier, est sans contredit une rareté dans l'asthme ; j'en excepte le rhinospasme, très fréquent au contraire, au point de caractériser, à mon avis, l'asthme essentiel. Et par rhinospasme je n'entends signaler que les sternutations paroxystiques, matinales ou non, sans viser la rhino-bronchite spastique qui, elle, s'élève à la hauteur d'un type clinique parfaitement défini. — Quant à l'ictus, le pourcentage est facile à établir : 12 sur 137, c'est environ 8/100. Les asthmatiques étant nombreux, on voit de suite quelles chances a l'ictus de devenir un accident banal, pour peu qu'on veuille le chercher.

En dehors de la cause d'ordre général qui à travers l'asthme commande l'ictus, il y a des conditions favorisantes locales dont on peut tenir compte. Les accès violents ou les crises longues amènent facilement de la congestion pharyngolaryngée, pour ne parler que de celle-ci. Ces organes congestionnés sont peut-être rendus plus sensibles, plus accessibles à

une réaction spastique. D'autre part si, au point de vue pathogénique, on admet tout ou partie de la théorie circulatoire, on conviendra que l'asthme réalise au maximum les conditions requises pour l'édification de cette théorie.

Étiologiquement, asthme et ictus ont des points de contact. L'influence du repas, de la digestion, est manifeste dans l'un et l'autre, agissant plus immédiatement dans le second. A noter aussi l'influence du rire. Le rire peut être dyspnéique ou sidérant. Enfin certaines odeurs (fumées, éther, chloroforme, tabac, cuisine) provoquent indifféremment ictus ou accès d'asthme.

Mais comment se fait-il qu'avec une parenté aussi étroite, une filiation sans doute évidente, des troubles physiologiques aussi nettement favorables, l'ictus ne soit pas plus fréquent dans l'asthme ? Il devrait être la règle, il n'est en somme que l'exception. Certains asthmatiques même ont des crises terribles d'intensité ou de durée, avec des quintes de toux longues ou violemment convulsives, les centres céphaliques congestionnés, la face cramoisie, asphyxiants, et ils n'ont jamais ni ictus ni vertige. Il est difficile d'en saisir la raison. La pathogénie d'ailleurs est pleine de ces paradoxes. Les conditions limitatives, autres que l'âge, le sexe, nous sont complètement inconnues.

L'ictus peut survenir en plein paroxysme d'accès d'asthme. L'observation treize en fait foi. J'en ai rapporté antérieurement une autre observation (*Arch. int. de lar. et otol.*, 1896). Je me souviens, en outre, d'une malade, me disant, il y a quelques années, prendre des crises d'asthme telles qu'elle en perdait connaissance. Sans doute par le même mécanisme. Deux ou trois autres exemples ont été signalés, et tous, à ma connaissance, se rapportent à des femmes. En pareils cas, il faut sans doute faire intervenir la loi de Pflüger, sur la propagation et la généralisation des spasmes. D'autres fois, l'ictus n'arrive que dans la période post-paroxystique. Mais le plus souvent il se produit dans les crises légères ou d'intensité moyenne, dans les petits états de « mal asthmatique », qui n'empêchent pas les malades de vaquer aux occupations de leur vie ordinaire. En tels cas, interviennent la loi de Pflüger,

mais à un moindre degré, certains troubles fonctionnels cardio-pulmonaires, et les causes occasionnelles déterminantes : rire, tabac, fumées diverses, repas, etc., etc.

L'ictus peut-il jouer un rôle vicariant, ou se présenter comme forme larvée de l'asthme ? C'est possible. La douzième observation en est une preuve. Toutefois, des faits plus nombreux, étudiés à ce double points de vue, sont nécessaires pour établir l'alternance ou le déguisement. Il serait prématuré de conclure.

Sans aller plus loin dans le développement de considération que des statistiques critiques ultérieures se chargeront d'infirmes ou de confirmer, il est permis d'admettre pour le moment que l'ictus laryngé, rencontré aussi souvent en marge de l'asthme est nettement un phénomène parasthmatique.

---

#### IV

### QUELQUES ASPECTS DE LA PRATIQUE OTOLOGIQUE DANS L'INDE, ET PARTICULIÈREMENT A BOMBAY, DANS L'ANTIQUITÉ ET DANS LES TEMPS MODERNES

Par **JEHANGIR J. CURSETJI**, M. D. L. R. C. P. L. R. C. S. L. M.,  
membre de la Société obstétricale de Londres, médecin honoraire de  
l'hôpital Parsi, à Bombay (1).

En présentant ce travail, je regrette de n'avoir rien de nouveau ou d'original à offrir ; j'ai seulement tenté de réunir les coutumes extraordinaires de ce pays étrange, pensant que mes confrères trouveraient un certain intérêt à connaître la manière dont on soignait autrefois, aux Indes, les maladies d'oreilles, vu le contraste existant entre la pratique antique et celle d'aujourd'hui. On se convaincra ainsi que l'otologie a relativement fort peu progressé depuis mille ans. L'indigène indien raffole autant de son médecin ambulant, son *Vaid* (praticien hindou) et de son *Hakim* (médecin mahométan) qu'il y a deux mille ans. En résumé, cette communication a plutôt un intérêt anthropologique qu'une réelle valeur scientifique. J'en suis tellement persuadé que lorsque le Prof. Pritchard, qui a bien voulu me servir de guide dans mes études otologiques, me demanda une contribution, ce ne fut pas sans hésitation que j'y consentis, mais avec l'espoir que les lacunes de mon mémoire me seraient pardonnées, étant donné la distance qui me sépare du continent.

Mon sujet peut être divisé en quatre parties : 1° Une brève

(1) Mémoire communiqué au Congrès international d'otologie, tenu à Londres, du 8 au 12 août 1899.



revue de l'étude et de la pratique de l'otologie aux Indes dans l'antiquité, et sur la certitude qu'à cette époque on connaissait les affections auriculaires et on les soignait. Ici se rattache l'appendice A, comprenant une liste de maladies d'oreilles et leur traitement décrit dans les plus vieux livres sanscrits; 2° description des individus exerçant actuellement la médecine, y compris l'otologie; et des moyens de traitement médicaux et chirurgicaux, ainsi que des remèdes qu'ils emploient le plus fréquemment contre les affections auriculaires. J'y ajoute une liste de médicaments et de prescriptions auxquels les Indiens ont recours contre les maux d'oreilles (Appendice B). J'ai aussi montré aux congressistes un album renfermant des échantillons séchés de diverses plantes mentionnées dans ce travail, et quelques photographies reproduisant des types de médecins hindous de nos jours; 3° des remarques au sujet de la pratique actuelle de l'otologie à Bombay, selon les méthodes occidentales; 4° les affections les plus répandues dans la clientèle à Bombay.

## I

L'Inde, ou plus proprement l'Hindoustan, a été, par excellence, une terre médicale depuis les temps les plus reculés. Le plus ancien traité de médecine connu des Hindous était l'*Ayurveda*, rédigé en langue sanscrite, et qu'on prétendait avoir été entièrement versifié par les dieux au profit de l'humanité. Le mot *Ayurveda* signifie latéralement la connaissance de la vie ou la science médicale. On ne possède que fort peu de fragments de ce grand ouvrage, presque tout l'original comprenant cent mille *Slokas* ou vers a été perdu. Primitivement, ce livre était formé de huit parties où étaient décrites un grand nombre d'affections médicales et chirurgicales; un chapitre était entièrement consacré aux maladies des yeux, du nez et de l'oreille (Voir appendice A).

Dhanvantari, le fondateur de l'ancienne école médicale hindoue, trouvant l'*Ayurveda* trop volumineux et érudit pour des intelligences ordinaires, chargea un de ses disciples les plus renommés, Susruta, de l'abrégé. Ce dernier traité

existe toujours, on s'en sert encore et on le désigne sous le nom de son auteur, *Susruta*. Le *Charak* et le *Susruta* sont les deux ouvrages médicaux les plus anciens et les plus autorisés, ils sont cités dans le *Puranas* et le *Mahabharat*. Comme le *Susruta*, le *Charak* est l'œuvre d'un autre sage qui lui a donné son nom, on croit même qu'il date d'une époque plus éloignée. Le Prof. H. Wilson les attribue approximativement au ix<sup>e</sup> ou x<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ et quelques autorités à deux mille ans avant Jésus-Christ. Le *Charak* était plutôt un traité de médecine et le *Susruta* un ouvrage d'anatomie chirurgicale. On voit dans ces deux grands traités sanscrits qu'on pratiquait dans l'antiquité un grand nombre d'opérations chirurgicales et l'auteur du *Susruta* mentionne au moins cent un *Yantras* ou instruments de chirurgie, dont plusieurs spécialement consacrés à l'oreille.

Il semble aussi que ce soient les Hindous qui aient, les premiers, pratiqué des autoplasties non seulement pour remédier à la disparition du nez, mais encore pour réparer des lésions auriculaires. On trouve dans ces deux ouvrages classiques une liste de maladies d'oreilles et leur traitement détaillé; j'en signale certains fragments dans l'appendice A.

Quant aux écrivains médicaux mahométans, leurs œuvres sont bien plus récentes, la plupart datent du xvii<sup>e</sup> siècle. Les principaux ouvrages dans lesquels on parle incidemment des affections auriculaires et de leur traitement sont : *Tib-i-Akbari*, *Alfaz-el-Adwiya*, *Magzan el Adwiya*, *Ibu Sina* et *Ibu Baitar*. L'un des deux, le *Magzan el Adwiya*, est un traité de matière médicale très compliqué, compilation datant de l'année 1771 de notre ère.

## II

Ce chapitre peut être subdivisé en deux parties : A. Description des individus s'adonnant à la pratique médicale y compris les maladies d'oreille, aux Indes, à l'heure actuelle; B. Description des modes de traitement, tant médicaux que chirurgicaux, les plus usités. Je ne parlerai que de ce que

j'ai vu à Bombay, mon expérience ne dépassant pas les confins de cette ville.

A. Malheureusement, de nos jours, dans l'Inde, l'otologie, comme la plupart des autres branches de la médecine, est presque totalement, si ce n'est tout à fait, aux mains des charlatans. Les hommes qui l'exercent sont : 1° les *Hakims* ; 2° les *Vaids* et 3° une catégorie mixte de médecins ambulants, tels que les *Kavois*, les *Gossains*, les *Sadhoos*, ou *Bawas*, Hindous pour la plupart et les *Meihwallas*, qui sont presque tous mahométans.

1° Les *Hakims* sont des praticiens mahométans, qui, à la différence des *Vaids* hindous, exercent d'après la *Unani Gakinia* ou école grecque de médecine. Ils puisent leurs connaissances médicales dans des ouvrages rédigés en langue persane, arabe et *urdos*. Ce sont surtout des Indiens mahométans, et autrefois beaucoup d'entre eux étaient véritablement des hommes instruits, ainsi que l'implique le terme de *Hakim*, maintenant la plupart de ces individus sont des charlatans qui abusent de la crédulité du peuple en ajoutant à leurs drogues un mélange de charmes, d'amulettes, d'eaux bénites et d'incantations magiques ;

2° Les *Vaids* sont, pour ainsi dire, les prototypes hindous de leurs confrères mahométans, ils pratiquent de la même façon, excepté qu'ils ignorent le système grec et suivent ponctuellement celui de l'*Ayurveda*. Les médecins hindous d'autrefois étaient, dit-on, bien supérieurs aux *Vaids* de la présente génération, qui ne se préoccupent nullement des principes scientifiques. Quelques-uns de ces *Vaids* modernes sont médecins de père en fils et bien des familles portent ainsi le surnom de *Vaids* ;

3° Des trois catégories de praticiens héréditaires, celle-ci est la dernière de l'échelle et relativement la plus ignorante. Les *Gossains*, les *Sadhoos* et les *Bawas* ne sont pas des médecins réguliers au sens strict du mot, mais simplement des religieux mendiants, qui parcourent les diverses provinces de l'Inde et souvent vivent dans la jungle durant des mois. Ils se mêlent ainsi aux tribus sauvages, et parfois en rapportent des remèdes fort efficaces. Les *Khavois* forment une classe

séparée qui, à l'origine, a dû faire partie de quelque tribu sauvage. La plupart habitent les forêts et la jungle, hors des cercles civilisés, ils émigrent chaque année, pendant la saison froide, dans les villes et villages voisins, où ils écoulent leur stock de marchandises hétérogènes. Ils ont un aspect farouche et hommes et femmes pratiquent la médecine. On les rencontre généralement dans les rues et les bazars de Bombay, criant les noms de leurs remèdes, et vantant leur vertu, en employant un timbre nasal particulier. Habituellement, hommes et femmes transportent leurs marchandises dans deux grandes valises de peau couleur safran, suspendues à chaque extrémité d'une baguette de bambou, qu'ils balancent autour du cou ou sur l'épaule. Leur stock forme une très curieuse collection, consistant en brindilles sèches, bulbes, ou racines, connus dans le peuple sous le nom de *Jari Bootees* et jouissant d'une réputation de haute efficacité, des fragments de minéraux et de pierres colorées, de corail, de nacre, des cendres végétales et minérales, connues sous le nom de *Khak*, diverses poudres, collyres, huiles et gouttes pour l'oreille, des griffes et de la graisse de tigre, les poils, les ongles et même les excréments d'animaux et d'oiseaux rares et sauvages. Une huile en particulier, appelée *Sandhanoo Tel*, extraite d'un animal vivant ressemblant au chameau, jouit d'une grande réputation et s'applique à l'extérieur pour toutes sortes de maux, y compris les otalgies et les douleurs rhumatismales et névralgiques. En somme, ces valises servent de pharmacie portative à l'habitant de la jungle, car elles contiennent un remède ou un antidote pour toutes les affections ou les lésions dont il peut souffrir.

Ils soignent également les maladies d'oreilles, et il se peut que leur nom de *Khavoi* soit une corruption de l'original *Kana Vaid*, ou médecin d'oreille. On les voit sur le bord des routes, ou à l'ombre d'un arbre avec toutes leurs marchandises étalées devant eux. Ils attirent bientôt les passants qui sont, d'ordinaire, ignorants, illettrés et très pauvres, et récoltent de menues monnaies, ne valant jamais plus d'un *farthing* ou d'un demi-penny, en échange de leurs herbes et de leurs simples;

4° Les *Meilwallas* forment une classe unique d'*auristes* spéciale aux Indes. Ils sont, généralement, mahométans, mais parfois de nationalité chinoise. Sans exagération, on peut dire que les Hindous, surtout dans la basse classe, ont la manie de se faire débarrasser de leur cérumen par ces nettoyeurs d'oreilles, et ainsi les *Meilwallas* acquièrent une certaine aisance par l'exercice de cette singulière profession. J'ai observé, dans ma clientèle, plusieurs cas d'otite moyenne catarrhale sèche avec abaissement considérable de l'audition, de la sclérose, ou une violente congestion du tympan résultant de ces nettoyages auriculaires répétés. D'ordinaire, les *Meilwallas* transportent leurs instruments et leurs huiles dans leurs turbans ou leurs larges ceintures. Leur arsenal instrumental consiste en une douzaine ou plus de longues et minces sondes métalliques, ressemblant à de grandes épingles à cheveux, dont quelques-unes sont garnies de bourdonnets d'ouate à leurs deux extrémités. D'habitude, les *Meilwallas* portent derrière l'oreille, comme des plumes, trois ou quatre de ces sondes, et ainsi le peuple les reconnaît à cette démonstration extérieure de leur spécialité. Ils portent également, sur une ou deux pinces affilées, une petite quantité d'ouate et un peu d'*huile de Til* (substance exprimée du sésame indien, N. O. Pedalina), qu'on introduit dans l'oreille après avoir enlevé le cérumen.

En plus des individus cités plus haut, il existe encore à Bombay une célébrité locale, qui a une réputation comme auriste. C'est un Chinois, nommé *Asam Akas*. Il extrait le cérumen sans provoquer la moindre douleur et se montre très supérieur aux *Meilwallas* mahométans à ce point de vue. J'ai réussi malaisément à obtenir, tout dernièrement, des échantillons des médicaments dont il se sert pour enrayer rapidement la douleur et tarir les otorrhées récentes ou chroniques, guérir les otites moyennes et améliorer l'audition. Ils consistent principalement en deux substances, d'une part, un liquide aqueux brunâtre, renfermant un léger dépôt résineux, et, d'autre part, une poudre colorée en vert foncé, composée avec trois autres poudres, l'une blanche et les deux autres verdâtres. Dans les cas d'otite moyenne catarrhale suppurée

aiguë et chronique, le Chinois assèche soigneusement le conduit auditif, le débarrasse de toutes les matières purulentes; puis il introduit dans le conduit, au moyen d'une barbe de plume garnie d'ouate, un liquide résineux, qui a probablement des propriétés antiseptiques, et, à l'aide d'un cornet de papier improvisé, il insuffle un peu de poudre dans l'oreille. Les résultats sont, paraît-il, excellents, la douleur s'atténue rapidement et la suppuration cesse. Dans le cas d'otalgie simple, on se borne à insuffler la poudre blanche. J'ai remis ces substances au laboratoire gouvernemental de chimie, afin qu'on en fit l'analyse chimique, mais on n'a rien pu reconnaître, sauf qu'une des trois poudres était du calomel. Le reste se composait de substances organiques résineuses.

Considérons maintenant les remèdes qu'ils emploient généralement. Contre les douleurs aiguës, les inflammations, ils se servent de vésicatoires, de sangsues, de ventouses sèches, de cautérisations, de cataplasmes, d'applications grasses, sous forme d'une pâte dite *Lep* et composée de diverses herbes. Les lavages auriculaires sont très peu usités, sauf par les médecins qualifiés et dans les classes les plus cultivées. Mais je parlerai d'une méthode en quelque sorte nouvelle, répandue dans le peuple et que j'ai connue par hasard. J'avais prescrit à un enfant hindou indigent, affecté d'otorrhée, des irrigations antiseptiques en recommandant à la mère d'acheter une seringue spéciale. A la fin de la semaine, l'enfant me fut ramené absolument débarrassé de son écoulement. Comme je demandai à cette femme de quelle façon elle avait manié la seringue, elle me démontra la manière primitive dont elle opérait; elle se rinçait d'abord la bouche avec de l'eau, puis elle ingurgitait la solution antiseptique et la projetait dans l'oreille malade, elle répétait cette opération jusqu'à ce que la quantité prescrite eût été absorbée, puis elle asséchait l'oreille de l'enfant et se rinçait de nouveau la bouche.

Les vésicatoires sont très communément employés et appliqués sur la mastoïde ou près du temporal, ils sont composés de substances irritantes; ceux dont on se sert le plus généralement consistent en une huile de couleur brunâtre obtenue

en chauffant la noix du *semi-carpus anacardium* (N. P. Anacardiaceae), connue dans le vernaculaire sous le nom de *Bhilawa* ou *Bibba*.

Les *ventouses sèches*, désignées sous le nom de *Roomri*, servent à atténuer l'irritation dans les cas de douleur et d'inflammation : Ce *Roomri* est simplement une petite corne conique, évidée, provenant d'une chèvre, d'un mouton ou d'un bœuf, on le fait aussi en métal. L'extrémité large est apposée sur la mastoïde ou le temporal, tandis qu'à l'autre extrémité l'opérateur fait une succion avec la bouche jusqu'à ce que la peau se soulève et que la peau y adhère de la même façon que les petits verres. On se sert aussi de la corne pour extraire des larves vivantes, existant, selon la tradition populaire, dans certaines oreilles affectées, de même que pour enlever des vers de Guinée.

Les *sangsues* sont d'un usage courant, on en applique six ou davantage, derrière l'oreille ou sur le temporal et généralement on répète cette opération le lendemain, attendu que, dans le peuple, on considère la première application comme insuffisante et même nocive, si on ne la réitère pas le lendemain, afin de faire partir le *sang aigri* que les morsures de sangsues ont fait sourdre.

Les *cautérisations* derrière l'oreille, le cou ou dans un des lobes auriculaires, sont également très en vogue dans les cas d'affections chroniques ou d'inflammation, elles s'effectuent ordinairement par l'insertion de petits rouleaux de toile ou de ficelles trempés dans une substance irritante.

On porte aussi des anneaux métalliques de plomb, d'argent, d'or et d'autres métaux appendus aux oreilles contre les supurations chroniques. L'instillation du lait maternel, de l'urine de vache chaude et même de banale eau de Cologne est aussi très en faveur.

On se sert beaucoup aussi de cataplasmes, d'emplâtres et d'applications externes diverses, dont quelques-unes très curieuses et même répugnantes par leur composition pour guérir la douleur et l'inflammation. Un remède très efficace, contre les névralgies, consiste à instiller quelques gouttes d'un liquide gras, obtenu en frottant la petite racine conique d'une plante,

dite *Vachnag* ou *Bachnag* (connue aussi dans d'autres parties de l'Inde sous les dénominations de *Bish* ou *Bikh*, aconsum ferox N. O. Ranunculaceae), dans de l'eau ou de l'alcool, sur une pierre de corroyeur. Les effets en sont parfois merveilleux, au point de vue de la rapidité de la sédation de la douleur. Je me souviens d'une femme Parsi, très nerveuse et fort intelligente, souffrant depuis plusieurs jours de névralgies auriculaires, rebelles à toute médication; qui cessèrent quelques minutes après l'instillation de ces gouttes. Personnellement, j'ai obtenu d'excellents résultats, dans un grand nombre de cas de tuméfactions douloureuses de l'oreille, d'inflammation et de douleurs du conduit auditif, dues à la furonculose et à des névralgies, par le jus d'une plante dite *Kali dandi cha Datura* (*Datura fastuosa* N. O. Solanaceae) ou *Datura* à branches noires ou grises, différent de la variété blanche ou *Datura Alba*. Si la lésion siège à l'intérieur de l'oreille, on instille quelques gouttes dans le conduit.

Le *gugal*, *Boswelvia Serrata* (N. O. Burseraceae), est une autre drogue communément employée avec succès contre les gonflements douloureux ou glandulaires voisins de l'oreille. On s'en sert sous forme d'émulsion chaude, dissoute dans du lait.

Certaines plantes de la famille des liliacés, par exemple le *tulsi* ou *tulas* (*ocimum sanctum*) et le *sahja* (*ocimum basilicum*) servent à atténuer la douleur et les otorrhées. La première est une plante consacrée au dieu *Vischnou*. On l'emploie également séchée et pulvérisée sous forme de prise contre l'ozène.

Un remède domestique très répandu contre les maux d'oreille est une huile préparée par l'ébullition de fragments de bulbe du *Lashan*, *allisim sativum* (N. O. Liliceae) dans l'huile de sésame, dont on instille quelques gouttes dans l'oreille: On peut en obtenir d'heureux effets, mais lorsqu'on l'emploie sans discernement, il peut en résulter des désastres pour le tympan. Quelques autres plantes et remèdes décrits à l'appendice B. servent à améliorer les douleurs, l'inflammation, les otites moyennes suppurées aiguës et chroniques, les bourdonnements et la surdité.



## III

Nous arrivons maintenant à la description de la pratique otologique actuelle à Bombay, et c'est à regret que je suis obligé d'en présenter un tableau défavorable. Il semblera peut-être étrange que sur environ deux cents praticiens exerçant dans cette ville, on ne rencontre que trois ou quatre spécialistes pour les affections de l'oreille, du nez et de la gorge, tandis qu'on peut compter une douzaine d'oculistes.

Les causes de cet état de choses sont faciles à reconnaître. Jusqu'à ces derniers temps, on ne faisait aucune démonstration clinique concernant l'oto-rhino-laryngologie aux étudiants fréquentant le seul centre d'éducation médicale existant dans cette ville ; et représenté par le Collège médical Grant et l'hôpital Jamsetjee Jeejeeboy, deux institutions affiliées. Ce fait était dû à ce que les exigences du service médical indien, qui est uniquement un service militaire, subordonnent toutes les autres considérations de la science médicale et l'instruction des étudiants. Ce qui est plus probable, c'est que la plupart, sinon toutes les charges de l'hôpital et du professorat, même si elles réclament des connaissances spéciales, sont remplies par des médecins sortant du rang et d'après leur ancienneté de service. De tels faits semblent absurdes et scandaleux au déclin du XIX<sup>e</sup> siècle ; en tout cas, ils sont lamentables et il n'est pas surprenant que les élèves sortant de telles mains soient très ignorants. Toutefois, depuis quatre ou cinq ans, on a institué un cours de chirurgie auriculaire et on inculque aux étudiants certaines notions d'otologie.

En publiant ces remarques, je n'ai nullement l'intention d'attaquer les mérites de certaines autorités du service médical indien qui ont notablement fait progresser certaines branches de la science, ce que j'ai voulu critiquer, c'est le système d'éducation et non les professeurs. Mon principal désir est de voir s'améliorer le système de nomination en vigueur, vu que l'enseignement est imparfait. Étant donné qu'il existe, au Collège médical Grant, une chaire spéciale d'ophtalmologie, il est singulier qu'on n'ait rien créé pour les maladies du nez,

de la gorge et de l'oreille. Dans l'intérêt général, il faudrait instituer au plus tôt des cours complémentaires.

Ce retard peut aussi être imputé à l'absence d'occasions de pratiquer la chirurgie auriculaire dans la clientèle. D'habitude, les Hindous éprouvent de l'aversion pour les procédés thérapeutiques Européens, et ont une confiance inébranlable dans l'efficacité de leurs drogues, auxquelles ils ne renoncent qu'à la dernière extrémité. D'autre part, le peuple est réellement trop pauvre pour pouvoir rétribuer un médecin et doit se borner à se soigner par ses propres remèdes jusqu'à ce que l'état des malades empire. Aussi, les occasions de pratiquer la chirurgie auriculaire sont-elles extrêmement rares pour les médecins.

#### IV

Par la comparaison des statistiques embrassant environ 4000 cas de maladies d'oreille, figurant dans les traités de Macnaughton Jones et de Stewart, avec le total des malades que j'ai soignés, j'ai remarqué qu'à part une ou deux exceptions, la fréquence des affections auriculaires est à peu près la même aux Indes et en Angleterre; et que, des deux côtés, les olites moyennes fournissent le principal contingent. Je crois que le climat de Bombay contribue beaucoup à ce résultat, l'atmosphère y est plus ou moins humide, et chargée toute l'année de vapeur d'eau, surtout durant la saison des pluies, allant de juin à septembre. J'ai vu des malades n'ayant pu guérir à Bombay qui se sont remis rapidement et d'une façon définitive dans un climat montagneux sec en suivant le même traitement.

Les olites moyennes suppurées chroniques surviennent aussi très fréquemment à la suite de la négligence apportée à soigner les olites moyennes consécutives à la rougeole et à la petite vérole. L'absence de propreté et de traitement détermine souvent la mastoïde et même les caries et nécroses.

Dans l'ordre de fréquence, les lésions les plus répandues sont celles de l'oreille externe, y compris le méat. J'ai rencontré fréquemment des inflammations eczémateuses et même

érysipélateuses du pavillon et du revêtement mastoïdien cutané, ayant une origine inconnue en Europe. A ce propos, je ferai remarquer ici que beaucoup d'Hindous ont la singulière coutume de percer en un ou plusieurs endroits l'hélix, le lobule, la conque et le nez des enfants et même des adultes ; parfois, l'oreille est percée de six trous afin d'y suspendre des boucles d'oreilles et des ornements pesants. Généralement, l'opération du percement est effectuée par l'orfèvre du village, avec une petite pointe d'acier ou une sonde d'argent, sans la moindre précaution antiseptique. Ordinairement, on maintient l'orifice béant d'abord à l'aide de minces fils métalliques, qu'on remplace ensuite par un fil de soie, un petit morceau de bois, ou un mince rouleau de papier sale. On observe alors fréquemment des inflammations, des suppurations et des ulcérations se terminant par des érysipèles ou des eczémas très graves et étendus. Cette étiologie est tellement avérée, qu'elle est citée en première ligne dans la classification des affections auriculaires adoptée dans l'antique ouvrage sanscrit de *Susruta*.

Indirectement, j'ai reconnu l'existence de nombreux bouchons de cérumen. La malpropreté de la basse classe et la manie qu'elle a d'instiller fréquemment toutes sortes d'huiles dans les oreilles contribue à favoriser l'accumulation cérumineuse. Quelquefois, il est fort malaisé et très nauséux pour un novice de retirer le dépôt crayeux et presque pétrifié envahissant le conduit auditif.

On a souvent affaire à la furonculose et à des abcès voisins du conduit auditif. Parmi les tumeurs fongueuses de l'oreille, l'*Aspergillus nigricans* se rencontre assez fréquemment. Mais, en général, les praticiens ne le reconnaissent pas et le confondent avec l'otite moyenne suppurée ou un eczéma du conduit auditif. Sans aucun doute, la fréquence plus grande de l'otomycose aux Indes qu'en Europe, provient des habitudes mentionnées ci-dessus, des instillations oléagineuses dans l'oreille, qui préparent un excellent terrain pour son développement.

Je n'ai vu que 4 cas d'*exostoses* du conduit, et jamais plus d'une dans chaque oreille. Deux d'entre elles n'appartenaient

pas à la véritable variété éburnée ou exostose éburnée. Les deux autres ont été observées, l'une chez un vieillard dont les deux méats étaient totalement obstrués par l'envahissement des tumeurs, et le malade sourd comme une tombe ; quant à la dernière, elle concernait une jeune femme Parsi, de 19 ans, appartenant à une famille opulente, portant de petites tumeurs rondes éburnées au voisinage de chaque conduit auditif externe, de nature congénitale probable, rétrécissant considérablement l'ouverture du conduit et entraînant une surdité modérée et des bourdonnements.

J'ai observé plusieurs *polypes de l'oreille*, généralement simples, multiples seulement dans 2 cas, et accompagnés de granulations, remplissant une grande partie du conduit.

La *maladie de Ménière* est très peu répandue, je n'en ai rencontré que 2 cas chez des hommes.

Quant aux altérations rhino-pharyngiennes, j'ai vu plusieurs cas de *végétations adénoïdes* depuis que mon attention a été appelée sur ce sujet par les travaux de W. Meyer, de Guye et de Læwenberg. Elles affectaient surtout des enfants du sexe masculin, d'aspect lymphatique, âgés de 6 à 15 ans. Je me souviens, en particulier, d'un jeune Parsi de 15 ans, qui, sauf de fréquentes céphalées frontales, une mémoire défectueuse, un léger retard dans ses études, de la difficulté à respirer par le nez et des épistaxis abondantes répétées qui amélioraient temporairement son état, jouissait d'une bonne santé. En introduisant mon doigt dans son pharynx nasal, je fus surpris de sentir des masses adénoïdiennes molles veloutées, obstruant partiellement les fosses nasales postérieures. Leur extraction complète en deux séances, par des grattages avec l'ongle, amena la suppression des accidents.

Il me semble intéressant de dire quelques mots des complications auriculaires de la peste bubonique qui a régné sous forme d'épidémie très virulente au cours de ces trois dernières années.

D'après les renseignements que je dois à l'amabilité des médecins de l'hôpital des pesteux d'Arthur Road et de l'hôpital Parsi, et ceux que j'ai recueillis parmi mes clients et ceux de quelques confrères, il résulte que la seule complication

auriculaire rencontrée est l'otite moyenne aiguë, se terminant par la suppuration et la surdité d'origine centrale et non locale. Cette complication a été observée sur environ 2 % des malades hospitalisés; mais dans les cas où les bubons siègent sur la parotide, les régions cervicale ou sous-maxillaire, la proportion atteignait 20, 15 et 10 %. Jamais on ne voit ces complications dans les formes de peste autres que le type bubonique; elles évoluent très rapidement et avec des accidents aigus, vu l'intensité de l'empoisonnement du sang; la mort par méningite survient dans environ 70 % des cas. D'ordinaire, la lésion auriculaire est unilatérale. La plupart du temps l'écoulement a un aspect filamenteux et séreux ou séro-sanguinolent au début, puis séro-purulent ultérieurement. Dans ces cas, on découvre au microscope le bacille de la peste dans la suppuration. Si l'état des malades s'améliore, l'écoulement cesse rapidement, l'audition redevient meilleure et l'oreille retourne à l'état normal en quinze jours ou trois semaines. Jamais on n'a signalé de mastoïdite grave terminée par la nécrose. Parfois, il arrive que le bubon parotidien suppure et se fraie graduellement une voie à travers le conduit externe, le pus qu'on y trouve renferme le bacille spécifique.

J'ai soigné plusieurs cas de *mastoïdites*, elles sont, malheureusement, assez fréquentes, le peuple hindou étant rebelle aux traitements chirurgicaux, et j'ai vu des *mastoïdites* se compliquer de nécroses et les malades succomber à des méningites qui auraient été certainement évitées si on était intervenu à temps, mais la bonne volonté des opérateurs se heurte invariablement au refus obstiné des malades et surtout de leurs familles.

J'avais l'intention de publier quelques observations personnelles, mais comme ce mémoire dépasse déjà de beaucoup les limites que je lui avais assignées, j'ai abandonné cette idée, toutefois, je rapporterai les détails d'une opération que j'ai pratiquée récemment pour une inflammation mastoïdienne remontant à plus de cinq mois, avec complications de nécrose et de suppuration, et où je dus intervenir sans chloroforme, étant donnée la grande faiblesse du malade et l'état du cœur;

je remplaçai l'anesthésie par des injections sous-cutanées avec une faible solution de cocaïne, et des pulvérisations de chlorure d'éthyle qui me donnèrent des résultats très satisfaisants.

M. P. J. S. de race Parsi, âgé de 45 ans, fut amené à ma consultation, le 22 décembre 1898, pour des douleurs lancinantes, presque constantes, de l'oreille droite.

Il y a plus de cinq mois que le malade prit froid par une matinée humide, en se promenant à bicyclette. Trois ou quatre jours après, il fut réveillé par des palpitations intenses dans l'oreille droite; pour se calmer, il s'instilla quelques gouttes d'eau de Cologne. Ce médicament le fit beaucoup souffrir, jusqu'à ce que, à bout de forces, il s'endormit. Le lendemain matin, au réveil, il constata la présence d'un écoulement d'oreille abondant et assez épais, qui cessa au bout de trois ou quatre jours, mais la douleur persista avec une intensité variable. Quelques jours après, il perçut des bruits auriculaires plus ou moins prolongés, ressemblant à des sifflements, qui n'ont pas cessé depuis. Pas de spécificité antérieure. Pendant plus de cinq mois, le malade a été soigné par des médecins sérieux et par des charlatans, mais son état a graduellement empiré; quand je le vis pour la première fois, il était très affaibli, par la violence des douleurs auriculaires et des insomnies répétées.

A l'examen, on s'aperçoit que la mastoïde droite, sensible à la pression, est tuméfiée, douloureuse et présente une coloration brunâtre diffuse, s'étendant aux régions pariétale et occipitale. Le malade ne peut ouvrir complètement la bouche, ou mâcher des aliments solides, sans éprouver de vives souffrances. La muqueuse pharyngée et les amygdales sont légèrement congestionnées. L'introduction du spéculum dans le conduit auditif droit est pénible. La membrane tympanique est un peu congestionnée à la périphérie et le long du manche du marteau, elle est opaque mais non bombée. La montre est seulement perçue au contact. Oreille gauche normale. Le cœur bat faiblement, le premier bruit se perd partiellement dans un bruit de souffle mitral mal défini. Température : 99,6. Pouls : 96, plein et régulier.

Je prescrivis pendant deux jours l'application sur la mastoïde de six sangsues, suivie de l'apposition permanente d'une vessie de glace. Comme médication interne, du calomel, une mixture saline, de la digitale et de la strychnine à petites doses et de

l'opium au moment de se coucher. Ce traitement parut améliorer l'état du malade pendant quelque temps, mais la douleur et le gonflement étaient toujours considérables et il s'endormit avec beaucoup de peine durant deux ou trois nuits consécutives.

Le 26 décembre, les souffrances s'accrurent. La membrane tympanique droite apparut plus profondément injectée et légèrement **bombée**; il fallut pratiquer une longue incision dans la partie **postérieure**, en arrière du manche du marteau, avec toutes les précautions **antiseptiques** usuelles. Ensuite, on fit des insufflations avec la poire de Politzer, puis on appliqua un bandage. La politzération fut répétée les deux jours suivants, mais il ne s'échappa ni air, ni matière séreuse ou purulente, pas plus au moment de l'opération qu'après. Toutefois, pendant deux ou trois jours, le malade sembla notablement soulagé, il put dormir pendant plusieurs heures sans prendre d'opium. On cessa bientôt, après l'intervention, l'application du ballon de glace, très pénible pour le malade. Mais les douleurs et la tuméfaction augmentèrent, au point que cette dernière dégénéra en une inflammation diffuse affectant presque tout le côté droit de la tête, et le visage devint bouffi et oedématié. Malgré la nouvelle application du sac de glace, et tous les autres remèdes qu'on essaya, les souffrances augmentaient toujours, et à ma visite du 30 décembre, dans la soirée, je reconnus des fluctuations indistinctes à la pression, à environ cinq pouces de l'extrémité mastoïdienne et sur la région pariétale droite. Température : 100,5. Pouls : 86. Le malade eut des frissons et de la difficulté à parler, on était en présence des signes de suppuration et de menaces de méningite.

L'intervention fut décidée et pratiquée le 31 décembre, au matin, avec l'antisepsie la plus stricte et l'aide de mon ami, le Dr D. B. Master. Craignant des complications cardiaques et vu l'épuisement du malade, on renonça à la chloroformisation. Ne pouvant nous procurer du coryl, nous incorporâmes environ 4 grammes de chlorure d'éthyle dans une faible solution de cocaïne (préparée d'après le procédé de Schleich, c'est-à-dire 1 partie de cocaïne sur 1000 parties de a. o. 2 l. c. Solution de chlorure de sodium) que nous injectâmes profondément dans les tissus sous-cutanés et musculaires, sur six points différents autour du champ opératoire. On fit encore quelques pulvérisations supplémentaires de chlorure d'éthyle, jusqu'à ce que les parties fussent complètement insensibilisées. L'incision courbe, préconisée par Wilde, fut pratiquée sur une longueur de trois pouces et demi à partir de la pointe de la mastoïde, perpendiculairement à l'os,

et séparant complètement le périoste, il ne sortit pas de pus. On introduisit l'index de la main gauche dans la plaie et le périoste, qui adhéraient fortement à la portion supérieure de l'incision, étendue par les rétracteurs, puis graduellement séparée et déchirée avec la pointe d'un directeur, jusqu'à ce que le doigt pénétrât sous l'os frontal, dans une cavité superficielle; alors environ une once de pus épais, mais parfaitement inodore, emprisonné dans la masse compacte des tissus enflammés, s'échappa tout à coup par l'orifice. En poussant plus à fond le directeur, il pénétra dans une grande cavité superficielle, irrégulière, un peu nécrosée, juste au-dessous de la tuméfaction sus-pariétale. On le fit alors circuler dans plusieurs directions. En passant près de la portion interne de la mastoïde, il parut glisser sur la fosse digastrique et entrer dans une minuscule cavité osseuse, irrégulière, ayant environ un tiers de pouce de profondeur. On retira deux petits fragments d'os nécrosés, la cavité fut soigneusement évidée avec la curette de Volkmann, puis on lava la plaie avec une solution phéniquée et ensuite on l'assécha, et on la pansa avec du coton boriqué et de la gaze iodoformée. Le malade perdit très peu de sang et aucun vaisseau important ne fut lésé. L'opération fut parfaitement supportée, le malade ne se plaignit que lors du grattage de l'os, mais la souffrance fut immédiatement supprimée par une pulvérisation supplémentaire de chlorure d'éthyle. Pendant quelques jours, on renouvela quotidiennement le pansement et on lava la plaie avec des solutions iodées ou phéniquées. Il fut inutile de drainer, la plaie fut maintenue aussi sèche que possible au moyen d'acide borique et d'iodoforme pulvérisés. La guérison fut complète au bout de trois semaines, elle aurait été plus rapide, sans la formation, dix jours après l'opération, sous le tissu cellulaire, d'un petit abcès à environ un pouce au-dessous de l'angle inférieur de la plaie. L'audition redevint normale du côté droit au bout d'un mois.

Les points intéressants de cette observation sont : 1° La lenteur de l'évolution de l'inflammation mastoïdienne terminée par la suppuration ; 2° l'anesthésie absolue produite par l'emploi combiné d'injections d'une faible solution de cocaïne et des pulvérisations de chlorure d'éthyle permettant d'opérer dans l'os ; 3° le retour complet de l'audition et la cessation des bourdonnements.



## APPENDICE

Ainsi que je l'ai déjà dit au cours de ce travail, le Charaka et le Susruta sont les deux plus anciens traités médicaux existant aux Indes et peut-être dans le monde. Le premier mentionne quatre et le second vingt-huit affections auriculaires, dont les suivantes sont les plus importantes, le reste ne forme que des subdivisions. Elles sont décrites sous des noms spéciaux dans la langue sanscrite, mais je les ai classées plus simplement en évitant de les désigner sous des appellations incompréhensibles.

A. — *Maladies de l'oreille externe.*

1. Inflammation simple de l'oreille externe. — 2. Inflammation du lobule et de l'épine, d'origine traumatique. — 3. Inflammation de l'hélix provoqué par de violentes frictions ou le port de pendants d'oreilles trop lourds. — 4. Percement de l'hélix sur un point défectueux entraînant l'inflammation et la tuméfaction du lobe inférieur avec ulcérations et éruptions pustuleuses. Le traitement préconisé contre ces inflammations consiste, dans le premier cas, à débarrasser les parties enflammées du sang qui les envahit, puis à faire des applications émollientes ; dans les second et troisième cas, on fera évaporer des solutions froides, et enfin, dans la quatrième catégorie, on emploiera du bois de santal râpé dans de l'urine de bœuf et des cataplasmes.

B. — *Affections du conduit auditif et de l'oreille moyenne.*

1. Otalgie. — 2. Bourdonnements. — 3. Surdité. — 4. Démangeaisons auriculaires. — 5. Écoulements d'oreilles, autres que purulents ? — 6. Otorrhée simple. — 7. Otorrhée, avec larves. — 8. Otorrhée avec écoulement très fétide. — 9. Ulcérations à l'intérieur du pavillon, s'étendant au conduit au-

ditif. — 10. Tuméfactions voisines du conduit qui éclatent au bout d'un temps très long et laissent sourdre du pus ou du sang. — 11. Petites tumeurs charnues du conduit.

Ces lésions étaient traitées par divers procédés, parmi lesquels dominaient les instillations oléagineuses et le suc de certains végétaux. Quelques-unes de ces prescriptions figurent dans l'appendice B.

On faisait fort peu de chirurgie auriculaire dans ces temps reculés. Pourtant, dans le *Susruta*, on trouve une allusion à l'extraction des granulations ou polypes de l'oreille à l'aide d'instruments, et une description détaillée de la façon dont on restaure les portions de l'oreille supprimées accidentellement ou intentionnellement, en réunissant, à l'aide de sutures, les fragments de chair détachés. L'ablation de fragments auriculaires, ou même de tout le pavillon, constituait une forme de châtiment très répandue dans l'Inde avant l'arrivée des Anglais et on la pratique encore quelquefois actuellement. Au cours des révoltes religieuses, très graves, qui se sont produites l'été dernier dans le district de Travancose et dans la Présidence de Madras, et qui sont à peine calmées, les émeutiers coupaient les oreilles de malheureuses femmes et d'enfants par pure vengeance ou pour leur voler leurs boucles d'oreilles.

On remarque aussi des conseils de prudence au sujet du percement des oreilles chez les enfants.

N. B. — Je tiens à remercier ici, de l'aide qu'il m'a prêtée au point de vue de la classification des plantes, mon ami, le D<sup>r</sup> L. B. Dhargalkar, botaniste très connu de Bombay, ainsi que le D<sup>r</sup> Popat P. Vaid, fils d'un Vaid fort réputé. M. Prabhuram Vaid, qui m'a fourni les photographies que j'ai montrées au Congrès, est un médecin distingué qui assiste son père dans ses cours à l'école de médecine ayurvédique, fondée tout récemment à Bombay dans le but de fournir l'instruction par le système médical hindou. Des établissements similaires fonctionnent déjà dans d'autres grandes villes indiennes.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

VI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Londres, 8-12 août 1899.

Compte-Rendu par le Dr L. BAR, de Nice (suite) (1)

41. A. MALHERBE (Paris). — **Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche par l'évidement pétro-mastoidien avec et sans tubage.** Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> L'opération que j'ai proposée et décrite sous le nom d'*évidement pétro-mastoidien* est le traitement chirurgical de choix de l'*otite moyenne chronique sèche*.

Cette intervention, basée sur des considérations de physiologie, de structure et de développement du *système tympano mastoïdien*, est légitimée par la nature des altérations anatomiques qui caractérisent toute cette variété d'affections.

2<sup>o</sup> Cette méthode opératoire permet seule d'agir largement sur les organes de la caisse et sur l'annexe pneumatique de l'oreille moyenne.

3<sup>o</sup> Il y aurait avantage à opérer alors que les lésions n'ont pas encore envahi le labyrinthe, car le résultat opératoire est entièrement subordonné à l'état de ces lésions.

4<sup>o</sup> Il est indispensable de pratiquer un examen attentif et méthodique des différentes parties de l'organe de l'ouïe et de la fonction auditive.

5<sup>o</sup> La perception aérienne du diapason grave ne doit pas tomber trop bas, si l'on veut avoir un résultat tout à fait satisfaisant.

6<sup>o</sup> La durée de la conductibilité osseuse, pratiquée à l'aide du diapason grave, doit être la plus grande possible et tendre à se rapprocher de la durée de la conductibilité atmosphérique d'une oreille saine.

7<sup>o</sup> La diminution et surtout l'abolition de la perception aérienne du diapason à note aiguë sont des signes extrêmement fâcheux.

8<sup>o</sup> Il ne faut pratiquer l'opération que sur une oreille à la fois. C'est toujours, à moins de contre-indications, l'oreille qui entend le plus dur ou qui est atteinte de bourdonnements les plus violents que le chirurgien doit opérer de préférence.

(1) Voir nos de novembre et décembre 1899 et Janvier 1900

9° Les différents temps de l'opération sont :

a) L'incision rétro-auriculaire, le décollement du pavillon et du conduit et le refoulement du périoste.

b) L'hémostase et la résection de la paroi postérieure du conduit.

c) L'évidement osseux à la gouge et au maillet.

d) L'agrandissement de l'aditus et la communication large avec la caisse.

e) La mobilisation des osselets et la libération de la caisse.

f) Le placement du tube en U et des mèches.

g) La réunion immédiate de la plaie par la suture du pavillon.

h) Le pansement.

10° Le huitième jour, les fils sont enlevés et le dixième jour, tout est terminé.

11° Les sons à tonalité élevée bénéficient, dans une plus grande proportion, de l'amélioration acquise.

12° Les bruits subjectifs résultant d'une lésion de l'appareil de transmission et d'une augmentation de la pression intra-tympanique, disparaissent ou diminuent progressivement à la suite de l'intervention.

13° Grâce au tubage qui réalise une communication permanente entre les cavités tympano-mastoidiennes et l'air extérieur, la pression-intra-auriculaire est réglée et par là même les vibrations sonores sont augmentées.

14° L'évidement pétro-mastoidien avec tubage est indiqué dans tous les cas où il y a diminution et résorption des cavités de l'oreille moyenne, comme cela a lieu dans les otites à lésions sclérosantes et à ostéite condensante. Il assure d'une façon plus complète le fonctionnement de l'annexe pneumatique de l'oreille.

15° L'évidement pétro-mastoidien simple doit être préféré dans les formes hyperplasiques de l'otite, sans lésions chroniques du tissu osseux.

16° Dans les cas d'évidement avec tubage, le tube en celluloid parfaitement aseptique n'occasionne aucun trouble ; il est invisible et ne provoque aucune douleur ni même aucune gêne.

17° L'amélioration obtenue par l'intervention reste acquise dans la suite.

#### *Discussion.*

FARACI s'étonne que M... obtienne par son procédé opératoire des résultats acoustiques satisfaisants, tandis que lui les obtient dans

des conditions absolument opposées à celles dans lesquelles se trouve l'oreille des opérés de Malherbe.

F. a toujours observé à la suite de mobilisations de l'étrier effectuées pour des surdités dues à des affections crâniennes sclérosantes, que toujours après l'intervention il survenait une violente réaction inflammatoire, l'amélioration de l'audition apportée par l'opération disparaissait peu à peu et cela parce que les produits inflammatoires rétablissaient de nouveau les lésions anatomopathologiques qui avaient disparu avec l'opération. Vice versa, F. a remarqué que lorsque l'intervention était suivie d'une réaction locale limitée, presque inappréciable, le mieux se prolongeait jusque pendant 2 ans  $1/2$  sans rechute.

Naturellement par le procédé de Malherbe il est impossible d'éviter une grave inflammation locale de longue durée, aussi la durée du résultat acoustique semble-t-elle extraordinaire.

F. ajoute qu'il trouve inutile de faire subir aux malades une opération aussi grave que celle proposée par M. pour détruire l'équilibre de la pression intra-tympanique dont dépend en grande partie la surdité ; le même but pouvant être atteint par la myringectomie accompagnée de la résection d'une partie de l'anneau tympanique. Enfin F. est en désaccord avec M. à propos de l'interprétation physio-pathologique de la surdité dans les cas d'otite moyenne sèche.

42. RUTTEN (de Namur). — **Présentation d'une exostose du conduit auditif droit** (résumé de l'auteur). Le Dr RUTTEN montre une exostose de l'oreille, d'un très gros volume, qu'il a enlevée dans le courant de l'année. Elle dépasse de beaucoup par ses dimensions extraordinaires les beaux spécimens des confrères anglais que tout le monde a admirés dans les collections, exposées au Musée du Congrès. La tumeur mesure 15 millimètres de longueur et 12 millimètres de largeur. Elle obstrue complètement le conduit et ne permit pas d'introduire le plus petit stylet dans le conduit. Par sa compression, l'excroissance amena même la destruction des téguments et la nécrose de l'os, et une otite moyenne avec complications cérébrales qui nécessitèrent une intervention immédiate. L'ablation de l'exostose a été faite dans la narcose au moyen de la gouge et du maillet.

Une autre particularité est le séjour prolongé de l'excroissance dans l'oreille sans occasionner aucun ennui. Le patient ne se douta pas de sa présence et consulta pour de la surdité lorsque

l'exostose obstruait déjà tout le conduit. Au moment de l'opération, le malade avait 38 ans. Huit ans auparavant il était venu consulter pour la première fois. On peut donc affirmer que l'excroissance a commencé à se développer entre 20 et 25 ans. Jamais d'écoulement d'oreille. Cause inconnue. Point d'implantation sur la paroi postéro-inférieure.

En terminant, le Dr Rutten demande à ses confrères, ou du moins à ceux qui ont examiné les crânes porteurs d'exostoses que le Dr Cheatle a exposés : comment on explique la fréquence extraordinaire des exostoses du conduit auditif, sur un nombre relativement minime de pièces ?

Comme on le sait, ces crânes intéressants, très bien conformés et ne présentant aucune autre déformation osseuse que l'exostose de l'oreille Heine ou bilatérale, ont été trouvés réunis dans un même endroit au Pérou. D'autres savants, frappés de cette fréquence extraordinaire, ont constaté le même fait : quelques crânes soumis à un examen plus complet ont révélé qu'il n'existait pas, ou rarement, d'altérations osseuses dans l'oreille moyenne ou interne. Toutes ces excroissances dont la plupart sont de belles exostoses pédiculées, d'autres des hyperostoses, ont leur point d'implantation sur le bord de la paroi inférieure, s'étendant exceptionnellement jusqu'à la paroi postérieure, à la partie correspondant aux cellules mastoïdiennes.

C'est là le siège de prédilection des exostoses du conduit et, comme l'a démontré le Professeur Politzer sur des pièces anatomiques, à la Société autrichienne d'Otologie, (séance du 20 mai 1895), presque toujours il y a participation de l'apophyse mastoïde qui se transforme parfois au point d'être totalement éburnée. Il serait intéressant de rechercher à l'autopsie des crânes du Dr Cheatle jusqu'à quel point l'apophyse mastoïde participe à cette transformation. Cet examen pourrait nous éclairer en grande partie sur la cause réelle de ces excroissances osseuses.

Malgré que la partie osseuse du conduit soit logée assez profondément, l'auteur n'est pas loin de croire, se basant d'abord sur le nombre extraordinairement élevé de crânes qui présentent cette déformation osseuse et qu'on ne trouve que dans une même région et ensuite sur le siège du point d'implantation, qui est surtout la paroi inférieure au moins pour les exostoses pédiculées, qu'il faut chercher la cause dans une irritation artificielle de l'os. Doit-on expliquer cette mutilation très douloureuse par la coquetterie ? Ou les sauvages avaient-ils les mêmes notions de médecine que les « sauvages » de notre temps qui percent les oreilles et

les font suppurer dans le seul but de prévenir les affections oculaires et de dériver ainsi les mauvaises humeurs de la tête ? Il est difficile de se prononcer.

43. RUDLOFF (Wiesbaden). — **Opération des végétations adénoïdes, la tête pendante sur la table, le malade étant chloroformisé** (résumé de l'auteur). Au début, R. appelle l'attention sur la méthode de Rose permettant d'opérer la tête pendante dans des cas où on craint la pénétration du sang. L'auteur adopte ce procédé qui exclut les dangers provenant de l'aspiration du sang et des tissus et décrit la méthode qu'il emploie depuis ces 11 dernières années. Son expérience s'étend sur plus de 700 cas. Il préconise la chloroformisation et se sert pour opérer de la curette de Boecker et Hartmann (1). En décrivant le mode opératoire, R. insiste sur les points suivants :

I. — Souvent les tumeurs adénoïdes sont originaires de la fosse de Rosenmüller ; en procédant à leur ablation, il est important, pour éviter de léser l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, de ne pas oublier que le tissu environnant la carotide s'étend à la paroi latérale de la fosse et qu'il faut prendre garde de blesser cette artère. La nécessité de cette précaution est prouvée par une observation de Schmiegelow.

II. — Il faut enlever complètement les végétations adénoïdes pour éviter autant que possible les récidives, et parce qu'un certain nombre de cas concernent des tuberculeux.

III. — Si les amygdales sont hypertrophiées on les enlèvera quelque temps auparavant. Rudloff accompagne sa communication de la présentation d'une coupe sagittale pratiquée à travers la tête et il montre les instruments qu'il emploie. Ensuite il présente des coupes de la paroi naso-pharyngée latérale démontrant les diverses dimensions de la fosse de Rosenmüller et la relation existant entre cette fosse et l'orifice de la trompe d'Eustache, puis il renvoie à une pièce démontrant les rapports de la carotide avec la paroi latérale de la fosse de Rosenmüller, exposée au Musée du Congrès. Ses statistiques signalent 3 1/2 0/0 de récidives.

Finalement l'auteur dit qu'il n'applique pas exclusivement le procédé qu'il a décrit, mais qu'il agit selon les cas qui se présentent à son observation.

(1) H. Pfau, fabricant d'instruments de chirurgie, Dorotheenstrasse 67, Berlin, N. W.

44. A. T. HAIGHT (Chicago). — **Végétations adénoïdes comme cause des affections auriculaires** <sup>(1)</sup>. Parmi les cas les plus intéressants, observés par l'auriste, figurent les végétations adénoïdes altérant l'ouïe. Ces tumeurs ne sont pas particulières à certains pays, climats, sexes, couleur ou race humaine. Les V. A. sont une hypertrophie du tissu lymphoïde de la voûte du pharynx limitée des deux côtés par l'orifice de la trompe d'Eustache. L'auteur, après plusieurs années d'expérience tant à sa clinique que dans la clientèle, conclut que le principal facteur des inflammations suppurées ou non suppurées de la muqueuse du tympan et de la trompe est la présence de V. A. où l'état des arrièr-fosses nasales après leur extraction ou leur absorption. Les V. A. déterminent l'otite moyenne : 1<sup>o</sup> par une irritation constante due à l'entrave apportée par la pression à la circulation du sang ; 2<sup>o</sup> Par l'occlusion complète ou partielle de l'orifice de la trompe ; 3<sup>o</sup> Par l'effet nuisible qu'elles exercent sur l'état général de l'enfant ; 4<sup>o</sup> Parce qu'elles entretiennent un catarrhe rétro-nasal, qui tôt ou tard engendre une otite moyenne. Chez les enfants porteurs de V. A., l'audition est généralement altérée, et il faut leur parler à haute voix. Souvent, la trompe est totalement obstruée par des sécrétions sèches des arrièr-fosses nasales. Le pouvoir auditif est toujours amoindri du côté où siègent les végétations ; du côté où l'arrièr-nez est libre, l'audition est normale. Lorsque l'ouïe est affaiblie et que le tympan semble normal, l'altération de l'ouïe dépend des V. A. La respiration buccale joue un rôle étiologique important, mais on voit pourtant des enfants atteints de V. A. qui respirent bien et paraissent en bonne santé, bien qu'ils souffrent de complications auriculaires. Sur 26 enfants sourds-muets examinés par l'auteur, seuls 4 étaient exempts de végétations adénoïdes, 16 présentaient des déformations faciales imputables à la respiration buccale. Il partage l'opinion de Harrison, Allen et Lisson, qui disent que beaucoup d'enfants considérés comme arriérés et idiots, guériraient par l'ablation des V. A. Il serait trop long de rapporter tous les cas de sourds-muets qui, à la suite de l'opération, ont commencé à parler et à entendre. L'hypothèse suivant laquelle on ne rencontrerait plus de V. A. après la 30<sup>e</sup> année a été démentie par Couetoux, de Nantes, qui opéra avec succès un homme de 65 ans affecté de surdité unilatérale. Haight a trouvé des végétations chez des individus âgés de plus de 60 ans, et fréquemment entre 30 et 40 ans. Histologiquement

(1) D'après *The Journ. of. Lar-Rhin. and. Otol.*, octobre 1899.



elles ne diffèrent pas des V. A. des enfants. Souvent on les observe chez des vieillards durs d'oreille.

Il déplore que la connaissance des V. A. ne soit pas plus répandue, car on éviterait par leur excision bien des otites moyennes consécutives à la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, etc. Il faut intervenir le plus tôt possible et toujours par le curettage; il n'est pas partisan de la narcose complète chez les enfants ayant plus de 12 ans chez lesquels l'anesthésie locale suffit; mais chez les adultes nerveux et les enfants réfractaires, il faut anesthésier. Pour les enfants, il les fait asseoir et les insensibilise par le bromure d'éthyle.

*Discussion.*

KNAPP préconise aussi l'emploi du bromure d'éthyle qu'il trouve inoffensif.

EEMAN, GRAZZI et GRADENIGO, partagent également les idées de Haight.

---

(A suivre).

*SOCIÉTÉ OTO RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID*

*Séance du 15 novembre 1898 (1)*

HORCASITAS. — **Épithélioma de l'oreille moyenne.** — H. rapporte l'observation d'une femme de 45 ans, qui huit jours après son accouchement le fit appeler pour des douleurs dans une oreille, surdité, bourdonnements, vertiges, céphalée intense et surexcitation nerveuse; depuis cinq ou six mois elle souffrait de bruits et de surdité, dont elle ne s'inquiétait pas, les attribuant à sa grossesse.

A l'examen, H. reconnut la présence d'une tumeur noirâtre donnant issue à du pus sanieux; cette tumeur, visible à travers le conduit, produisait sous le stylet l'impression d'un corps étranger dur et elle saignait au moindre contact, aussi je pensai immédiatement à sa malignité. Les accidents persistant, malgré les calmants et les antiseptiques, je retirai avec un serre-nœud un fragment important de la tumeur, ce qui provoqua une hémorrhagie.

(1) D'après la *Oto-rino-laringol. española*, janvier 1899.

En analysant la partie extirpée, on vit qu'il s'agissait d'un **angiome** caverneux, l'état de la malade ne s'améliorant pas il fallut recourir à une nouvelle extirpation et un examen du dernier fragment révéla l'existence d'un épithélioma. Vu l'inefficacité des tentatives opératoires effectuées, une opération plus radicale s'imposait, consistant à ouvrir l'oreille par derrière, à découvrir le conduit et à faire l'ablation totale de la tumeur jusqu'à son point d'implantation.

On consulta le Dr Uruñuela qui se chargea de pratiquer l'opération, fit l'incision jusqu'en dessous de la mastoïde, gratta le conduit et la caisse, et remplit la cavité de gaze, la cicatrisation fut rapide et la malade se trouva mieux. Huit mois après l'opération, elle se plaint seulement de bourdonnements et d'une surdité peu accentuée, pas de suppuration; la dernière fois que je revis la malade, il lui restait un petit point rouge douloureux à la partie supéro-interne du conduit et je lui prescrivis des lavages répétés, alternés avec des solutions de sublimé et de chlorate de potasse.

Au premier examen histologique on avait cru avoir affaire à un angiome caverneux, tandis que dans les trois autres examens on reconnut un épithélioma.

FORNS a observé un cas ressemblant à celui qui vient d'être décrit. Il s'agissait d'un homme sujet à des otorrhées passagères, qui tout à coup accusa des maux de tête intenses, une tendance au vertige, des accès de fièvre, des douleurs auriculaires, une suppuration fétide, sanieuse, on vit dans le conduit une tumeur dure d'un rouge sombre qui remplissait sa partie osseuse et une portion de la partie cartilagineuse, on semblait être en présence d'une affection endocrânienne consécutive à une ancienne lésion de l'oreille moyenne. Quand j'examinai pour la première fois le malade, en consultation avec son médecin, le Dr Pardo Regidor, je conclus à l'urgence de l'opération d'un polype fibreux étranglé, ayant la forme d'un cacahouet, d'un rouge foncé bleuâtre et ayant un aspect gangréné. Il était implanté sur la paroi interne, près de la trompe.

FORNS est surpris que l'épithélioma n'ait pas récidivé depuis huit mois chez la malade d'Horcasitas.

URUÑUELA est convaincu que sa malade était atteinte d'épithélioma; les polypes provoquent rarement de vives douleurs, surtout pendant la nuit, non plus que des hémorrhagies abondantes comme celles auxquelles la malade était sujette. Au cours de l'opération, U. reconnut que le néoplasme était originaire du promontoire. La malade guérit en huit ou dix jours.

FORNS. — Chez mon malade, il s'agissait d'un polype fibreux,

accompagné de vives douleurs et de symptômes méningitiques tels qu'il fallait intervenir sur-le-champ. F. ne peut donner son opinion sur l'épithélioma de l'oreille moyenne, n'en ayant jamais rencontré.

URUÑUELA en a observé sept ou huit cas très diffus. Il opéra la malade parce qu'elle souffrait trop, mais il n'espérait pas la guérir.

---

*Séance du 17 décembre 1898 (1)*

1. S. BOTELLA. — **Pharyngo-laryngite impétigineuse.** — B rapporte l'observation d'une femme d'une cinquantaine d'années, affectée d'un ancien catarrhe atrophique et ozéneux, non spécifique et d'un coryza aigu, qui ressentit brusquement des frissons, de la dysphagie, de la dysphonie et dut se mettre au lit avec des symptômes de fièvre infectieuse. En examinant le pharynx on voit sur le fond rouge interne de la muqueuse, une véritable éruption vésiculo-pustuleuse confluyente, qui partant du pharynx nasal, recouvre les piliers, les amygdales, la paroi pharyngée; l'épiglotte et la muqueuse du larynx jusqu'aux cordes vocales; le tout accompagné d'infiltration sous-muqueuse et de douleurs qui entravent totalement les mouvements de la déglutition et de la phonation. Il se produisit une rupture spontanée de ces vésicules qui donnèrent issue à un exsudat purulent. D'abord on employa des émollients et des sédatifs, puis ultérieurement des badigeonnages de glycérine iodoformée; au bout de vingt jours toute trace de l'affection avait disparu.

*Discussion.*

HORCASITAS a vu une femme atteinte d'une sorte de varicelle avec quatre ou cinq petites pustules dans le pharynx, c'est le seul cas de ce genre qu'il ait rencontré.

G. CAMPO n'a attaché aucune importance aux pustules varioliques qu'il a observées dans le pharynx de quelques malades.

HORCASITAS dit que sa malade vint le consulter parce qu'elle se plaignait de la gorge.

(1) D'après la *Oto-rino-laring. española*, février 1899.

2. SANCHEZ CALVO. — Corps étrangers du conduit auditif, des fosses nasales et du larynx. — S. C. examina un enfant de deux ans, otorrhéique ayant de la fièvre; il aperçut dans le conduit une masse semi-liquide, noirâtre et fétide, présentant au centre trois points blanchâtres; on nettoie le conduit, et on remarque au fond de la masse des mouvements vermiculaires; avec les pinces on retire trois larves de mouche après avoir instillé quelques gouttes de glycérine phéniquée; la muqueuse du conduit est rougie par l'effet d'une otite externe. L'enfant guérit en quatre jours par des lotions avec une solution de sublimé à 1/2000 et des instillations de glycérine phéniquée au 1/20°. La saleté du conduit avait contribué à favoriser le développement des œufs.

La mère de l'enfant accusant une dureté d'ouïe, on reconnut la présence d'un corps étranger, profondément enclavé, qu'on retira et dont la malade ne se rappelait pas l'introduction; il s'agissait d'un fragment d'écorce de pignon.

A propos de corps étrangers, je citerai le cas d'un enfant de 32 mois ne respirant pas à travers la narine gauche et souffrant d'épistaxis fréquentes; après avoir fait disparaître le pus par un lavage, je vis un corps sphérique ressemblant à un polype, insensible au toucher avec le stylet, blanchâtre, résistant et qui se fractionna à l'extraction; c'était un haricot enclavé entre les cornets et la cloison. Guérison au bout de huit jours par des lavages à l'eau boriquée.

L'auteur a aussi retiré, chez le fils d'un pharmacien de Madrid, une semence de fève indienne logée entre les méats moyen et supérieur et causant des douleurs intenses.

#### *Discussion*

HORCASITAS a soigné deux malades qui vinrent le trouver pour des vertiges et une ancienne otite externe. Après le nettoyage du conduit, on vit un corps mouvant blanc; chez l'un on retira trois larves; l'autre s'était aperçu de la pénétration d'une mouche qui sortit au bout de peu de jours, grâce à l'introduction d'un cure-oreilles, il avait de la fièvre; deux larves étaient restées qui ne succombèrent pas sous l'influence de la cocaïne qui, toutefois en calmant la douleur, facilita leur extraction, le tympan était perforé et à travers la perforation on retira une dernière larve; des lavages antiseptiques amenèrent une prompte guérison.

SANCHEZ CALVO dit que, dans son cas, l'enfant pleurait toute la nuit, il ne dormait un peu que pendant la journée.

HORCASITAS cite le cas d'un homme de 22 ans, laboureur, de la province de Tolède qui en buvant de l'eau dans une dame-jeanne sentit choir dans sa gorge un corps étranger. Comme quelque temps après il rendit du sang, il se douta de ce qui était arrivé et alla voir le médecin de son village, qui, faute d'instruments, ne put l'examiner. L'auteur le vit huit jours après l'accident, la voix était très altérée. Le corps étranger occupait l'angle antérieur du larynx, dans la région sous-glottique; il s'agissait, ainsi que le malade l'avait soupçonné, d'une sangsue; après cocainisation, on reconnut le point d'implantation et l'animal sortit vivant sans laisser d'autre trace qu'une érosion de la muqueuse, qui rétrocéda rapidement.

G. CAMPO, à propos de sangsues, en a vu une fixée au plancher de la fosse nasale droite par une de ses ventouses tandis que la seconde adhérait à la partie postérieure chez un charretier qui but dans un ruisseau qui renfermait beaucoup de petites sangsues. Il vint consulter pour des épistaxis répétées et à l'examen, on se rendit compte des mouvements de l'annelle qu'on excisa avec une pince. L'hémorrhagie insignifiante fut enrayée instantanément.

---

*Séance du 17 février 1899 (1)*

1 G. STERLING. — **Furonculose du conduit auditif externe.** — S. rapporte l'observation d'une jeune fille de 22 ans, de tempérament lymphatique souffrant depuis 20 jours de douleurs et de suppuration de l'oreille droite pour lesquelles un confrère l'adressa à l'auteur avec le diagnostic d'otite moyenne aiguë. A l'examen, on trouva le conduit auditif externe rétréci par deux tuméfactions sises à la face antérieure et postéro-inférieure du conduit, à un demi-centimètre du vestibule auriculaire, presque en face l'une de l'autre. Membrane invisible, vives souffrances surtout quand la malade mange; l'audition aérienne est presque nulle. Douleur insupportable quand on exerce des tractions sur le pavillon.

Traitement du Dr Lermoyez, que nous employons toujours dans ces cas et consistant à introduire avec une pince fine de la ouate hydrophile derrière l'obstacle et à en remplir le reste du conduit, ou plutôt à obstruer la totalité du conduit avec une mèche de

(1) D'après la *Oto-rino-laring. española*, mars 1899.

coton imbibée de liqueur de Van Swieten qu'on mouille toutes les deux ou trois heures.

Le lendemain en enlevant le pansement, on vit que le gonflement antérieur avait presque disparu ; membrane normale.

Le surlendemain la malade nous raconta qu'elle avait passé une nuit horrible, avec fièvre, rigidité et douleurs dans le côté droit du cou augmentant quand on comprimait la région auriculaire. Les ganglions supérieurs du cou sont douloureux ; apophyse mastoïde oedématiée et sensible à la pression, peau d'un rouge sombre, enfin tous les signes d'une ostéo-périostite mastoïdienne. Étant donné la souffrance produite par les tractions du pavillon, je diagnostiquai une furonculose postérieure profonde, avec symptômes mastoïdiens. Incision du furoncle suivie d'applications de glace pendant 24 heures, avec suspension d'une heure toutes les trois heures. La guérison fut rapide. Les accidents mastoïdiens s'expliquent par les relations lymphatiques entre les régions parotidienne et mastoïdienne.

#### Discussion.

FORNS dit que cette forme d'otite externe est souvent traitée par les chirurgiens généraux. L'explication des phénomènes mastoïdiens est fournie par une planche du traité d'*Anatomie topographique* de Tillaux. Dans la portion osseuse du conduit auditif externe, le tissu dermique adhère au périoste du conduit, et quand éclatent des septicémies localisées, au lieu de voir survenir une tumeur avec foyer de suppuration circonscrit, il se forme une ostéo-périostite ; dans cette région le périoste a plus de rapports avec la peau le recouvrant qu'avec l'os et il y a plus de chances de propagation à la mastoïde ; des abcès se forment et il faut les ouvrir promptement pour éviter la possibilité d'une nécrose osseuse.

BARAJAS a l'habitude, dans les cas de ce genre, de pratiquer de bonne heure le débridement afin d'éviter la pénétration du pus.

STERLING ne croit pas que sa malade ait été atteinte d'ostéo-périostite. La question de l'incision du furoncle n'est pas encore définitivement résolue. Certains auteurs ne sont pas partisans de l'intervention chirurgicale. Urbantschitsch introduit une bougie de gomme et Courtade a baptisé cette méthode du nom de tubage, il laisse le tube en place tant que l'oreille suppure, au lieu qu'Urban-tsichitsch le retire dès que le malade souffre.

2. CISNEROS montre des **Pinces auriculaires et nasales**, pincés ordinaires coudées qu'il a fait construire auxquelles on ajuste un mécanisme démontable facilitant leur nettoyage, analogue à celui de la pince porte-coton pour le larynx de Krause.

---

*SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE NEW-YORK*

*Séance du 22 novembre 1898* <sup>(1)</sup>

*Président* : G. BACON.

*Secrétaire* : F. WHITING.

1. E. B. DENCH présente un projet de Haug pour apprendre aux élèves **l'examen du fond de l'oreille**, puis une pince de Jansen pour enlever les parties osseuses de l'aditus ad antrum.

2. J. B. EMERSON rapporte l'observation d'un officier de marine, attaché à l'*Oregon* qui eut une lésion due à la **commotion produite par un coup de canon**. La guérison complète s'ensuivit.

DENCH a également guéri un cas du même genre observé sur un officier de l'*Iowa*.

C. J. KIPP soigna un officier de l'*Indiana* qu'il guérit d'une rupture des deux membranes tympaniques.

3. DENCH relate l'observation d'un cas d'**otite moyenne suppurée chronique compliquée de mastoïdite**. On trouva des masses cholestéatomateuses dans l'antre et dans l'attique. Il renonça à l'opération de Stacke mais trouva un trajet fistuleux aboutissant au sinus, d'où s'écoula du pus; incision du sinus obstrué par un petit caillot, on l'enleva et la circulation se rétablit. Guérison ininterrompue. Le premier pansement resta huit jours en place.

E. GRUENING préconise l'ablation complète de la matoïde et l'excision de son extrémité même en cas d'empyème et il cite un cas où il opéra une mastoïde saine en raison de la sensibilité hystérique de l'extrémité.

F. M. WILSON raconte qu'une femme atteinte de mastoïdite consécutive à une otite moyenne suppurée chronique refusa de se

<sup>(1)</sup> D'après le compte-rendu du Dr Alderton, *Arch. of otol.* février 1899.

laisser opérer. Elle quitta l'hôpital, mais revint une semaine après et réclama l'intervention. On trouva deux perforations corticales, une dans le conduit et une dans le triangle supérieur.

DENCH et TOEPLITZ ont observé des cas analogues; celui de Toeplitz était compliqué de paralysie faciale.

DENCH a vu deux cas où la méningite débute par la perforation de l'écaille.

4. GRUENING décrit une observation de **gonflement du conduit membraneux** avec écoulement et sensibilité de la mastoïde. Incision du conduit tuméfié et introduction d'une sonde dans l'antrum à travers l'incision dans la paroi du conduit. Mastoïdite ultérieure avec destruction cellulaire étendue.

A. H. BUCK s'élève contre la nécessité d'une seconde opération dans les mastoïdites. Il recommande de découvrir le sinus sur une petite surface et la dure-mère sur le tegmen tympani, surtout en ville. Ce procédé évite une seconde intervention.

GRUENING n'est partisan de cette méthode que lorsque l'os est ramolli, car il la trouve trop radicale.

J. L. ADAMS s'en sert pour enlever le sinus sigmoïdal.

TOEPLITZ dit que parfois le sinus est infecté quand le sinus sigmoïdal est sain.

BUCK est d'avis que la table interne peut paraître saine, mais être perforée par de petites veines infectant la portion inférieure de l'os où celle qui est contiguë à la dure-mère, ce qu'on peut reconnaître en ouvrant le sinus.

GRUENING croit que la cellule supérieure est la clé de la situation.

BACON comme BUCK croit que la paroi du sinus sigmoïdal peut sembler saine et le sinus être infecté.

DENCH trouve qu'on dépasse son devoir en excisant du tissu sain. Toutefois il a vu retirer par une seconde opération les parois cariées de l'aditus qu'on n'avait pas reconnues affectées.

BUCK adhère à cette proposition originale.

W. P. MARPLE demande un avis sur la nécessité d'incisions répétées de la membrane tympanique.

DENCH croit que l'incision précoce suffit d'ordinaire à prévenir des troubles ultérieurs et qu'on observe rarement des mastoïdites consécutives.

GRUENING s'est trouvé dans la nécessité de répéter l'intervention.

DENCH combine souvent l'incision de la membrane tympanique avec l'incision de Wilde en se servant comme anesthésique de l'oxyde nitrique.



TOEPLITZ a vu employer le galvano-cautère pour pratiquer une ouverture permanente.

WILSON demande l'opinion de ses confrères au sujet du traitement des suppurations profuses consécutives à la scarlatine. Il est d'avis de les garder à l'hôpital pour les soigner.

---

### SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 29 novembre 1898 <sup>(1)</sup>.

Président : Prof. GRUBER.

Sécrétaire : Dr POLLAK.

La séance commence par la commémoration de la défunte Impératrice Elisabeth et du Dr Müller qui a succombé à la peste.

1. URBANTSCHITSCH présente un enfant devenu **sourd**, il y a dix-huit mois, à la suite d'une chute qu'il fit sur le sol en jouant. Lors du premier examen, en septembre 1897, l'enfant n'entendait rien, mais il percevait les sons de six octaves. Le cathétérisme fournit un résultat négatif. Oreille normale. Le médecin de la famille, le Dr J. Weis qui soigne le malade depuis sa première enfance dit qu'il n'a jamais noté chez lui d'accidents nerveux. L'enfant était un écolier intelligent, son père raconte que parfois il entend certaines phrases sans voir la bouche qui les articule et les répète. Urbantschitsch montre à l'enfant des phrases écrites qu'il lui fait ensuite proférer à l'oreille, il continuera ses expériences.

#### Discussion.

ALT suppose qu'on a affaire à une hystérique.

URBANTSCHITSCH partage cette opinion.

2. POLITZER. — Anatomie normale et pathologique de l'attique du tympan. — P. montre une série de coupes de l'organe auditif de nouveau-nés sur lesquels on constate les différents stades de l'atrophie de la muqueuse, qui débute par le promontoire et le

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, décembre 1898.

cympan, tandis que le marteau et l'enclume semblent encore enlastrés dans l'attique. Ensuite survient l'atrophie de la portion interne de l'attique puis celle de l'attique externe et de la cavité de Prussak.

P. conclut que la partie externe de l'attique constitue jusqu'à un certain point une entité anatomique, et qu'en cas de maladie il arrive souvent que la suppuration est limitée à l'attique externe avec intégrité des autres portions du tympan.

P. démontre que même dans les otites moyennes diffuses attaquant toute la cavité tympanique, les altérations peuvent se localiser à l'attique externe, ainsi qu'il l'a observé sur une pièce provenant d'une femme de 30 ans, ayant succombé en 1897 à un abcès cérébral otique gauche et sur laquelle on avait trouvé les traces d'une otite moyenne suppurée droite avec perforation tympanique. Sur la pièce, on distingue le bord de la perforation revêtue d'une couche épidermique, la muqueuse du tympan et la portion interne de l'attique ne sont recouverts que d'une couche muqueuse modérée, tandis que l'attique externe et la cavité de Prussak sont remplis de muqueuse proliférée épaissie et d'exsudat.

3. ALT présente deux malades de la clinique de Politzer, un boulanger de 43 ans et un journalier de 20 ans atteints de **thrombose suppurée du sinus transverse** au cours d'une otite moyenne suppurée chronique.

Les deux malades qui souffraient depuis l'enfance d'otorrhée droite, présentaient les symptômes suivants lors de leur entrée à l'hôpital. Forte fièvre avec frissons, douleurs quand ils tournaient la tête du côté malade, otorrhée droite avec granulations et cholestéatome de l'oreille moyenne, sensibilité à la pression derrière et au dessous de la mastoïde droite. Diagnostic : thrombose du sinus transverse droit. Par l'opération radicale on découvrit que l'oreille moyenne, l'antre et une grande cavité mastoïdienne étaient envahis par des masses cholestéatomateuses, atteignant presque le sinus. En dégageant le sinus on donna issue à une à deux cuillerées à soupe de pus fétide. Incision de la paroi du sinus transverse sur une longueur de 5 centimètres qui fit sortir du sinus des masses thrombosées d'un brun noirâtre. Pas d'hémorragie.

Un des opérés eut encore le lendemain matin, un frisson et le soir, 36,6 de température, puis la fièvre tomba ; l'autre eut au maximum 37,8.

L'auteur expose les motifs qui l'ont empêché de lier la jugulaire et il s'appuie sur les indications de Leutert et de Jansen.

4. ALT montre la pièce anatomique d'un **abcès du cervelet**.

Boucher de 33 ans affecté depuis l'enfance d'une otorrhée gauche. A 6 ans et à 29 ans, il eut une fistule sur l'apophyse mastoïde gauche qui se referma promptement. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, il eut de la fièvre, de violentes douleurs, du vertige et une tuméfaction derrière l'oreille gauche.

A l'opération radicale on trouva des masses cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne, l'antre et une cavité mastoïdienne osseuse.

Après l'intervention, le malade se sentit relativement bien, il n'eut pas d'accidents cérébraux, le fond de l'œil était normal, mais la température vespérale atteignit 38°.

Le quatorzième jour survint brusquement un frisson et le malade tomba dans le coma. En même temps, on remarqua en arrière et au dessus de la plaie une petite partie osseuse teintée qu'on ouvrit et qui donna issue à une certaine quantité de pus fétide mêlé à des grumeaux. A travers la lacune osseuse, on pouvait par une fistule de la dure-mère qu'on agrandit, atteindre le cervelet. L'abcès fut maintenu ouvert avec un drain et de la gaze iodoformée. De l'examen du pus, pratiqué à l'Institut anatomopathologique, on conclut à la probabilité de la présence de masses cérébrales dans le pus.

Le lendemain, l'état du malade s'améliora mais pour peu de temps, en changeant chaque jour le pansement, on voyait couler du pus. Une semaine après l'opération survint une pneumonie double qui emporta le malade en huit jours. A l'autopsie, on trouva un abcès gros comme une noix de l'hémisphère gauche du cervelet faisant issue à l'extérieur. Le drain avait pénétré jusque dans la cavité abcédée.

5. BIEHL présente une pièce provenant d'un homme opéré pour un **cholestéatome et un abcès suppuré extra-dural**. La thrombophlébite du sinus sigmoïde consécutive nécessita la ligature de la jugulaire. Mort.

6. A. SINGER présente un enfant atteint de **surdité psychique**. — H. B. 4 ans, jouit d'une audition normale jusque vers la mi-juillet. A cette époque, le père de l'enfant remarqua qu'il exécuta-

tait de travers les ordres qu'on lui donnait et qu'il n'entendait plus la musique militaire qui passait dans la rue. L'enfant fut conduit chez un médecin qui me l'adressa au bout de quelques semaines vers le milieu d'août. L'enfant s'est toujours bien porté, il était très éveillé et s'intéressait à tout, actuellement il est devenu absolument indifférent. A l'examen otoscopique, les conduits auditifs externes sont parfaitement normaux, le tympan a sa coloration normale, il est transparent, brillant, bombé. Les réflexes lumineux sont un peu rétrécis et fendillés. La motilité du tympan est normale. Les trompes d'Eustache sont perméables, la Politzération provoque un bruit sec et prolongé. Pas de cathétérisme. Aucun signe d'otite moyenne. L'épreuve de l'ouïe est rendue difficile par la pusillanimité de l'enfant qui ne perçoit pas la montre mais entend le sifflet au voisinage de l'oreille. Il perçoit parfaitement le diapason. La conduction par les os de la tête semble amoindrie ; l'enfant cherche à éviter le contact du diapason sur le crâne. Il entend moins bien les sons élevés que les sons graves ; il perçoit distinctement les harmoniques, et suit à travers le cornet acoustique une conversation à voix basse. Si l'on prolonge l'examen, l'enfant refuse de répondre, son élocution est devenue moins compréhensible. A l'examen naso-pharyngien, on trouve de petites végétations adénoïdes que j'enlève sans penser que cette légère hypertrophie de l'amygdale de Luschka ait pu engendrer un catarrhe de la trompe, mais uniquement dans le but d'améliorer l'ouïe. A partir de ce moment, l'enfant redevint gai, entendit la musique à travers deux fenêtres fermées, le son des trompettes, et la clochette des cyclistes qu'il confondait avec le bruit de la sonnette d'entrée. Le mieux accentué fut seulement transitoire, mais il se maintint pourtant une amélioration assez notable, l'enfant est seulement dur d'oreille.

7. A. SINGER montre le moulage d'une **tumeur du pavillon de l'oreille gauche** exécuté par le Dr Henning.

Tumeur observée sur une femme de 19 ans, chez qui elle a débuté de la dimension d'une lentille dès la première année de l'existence. Ce n'est qu'à partir de huit ans qu'elle a commencé à s'étendre, et depuis quatre ans, elle s'est développée d'une manière insolite. La malade entend bien, ne souffre pas, mais craignant de voir la tumeur augmenter de volume, elle réclame son extraction. La tumeur occupe la moitié supérieure de la paroi postérieure du pavillon gauche, elle remplit entièrement l'angle

sis derrière l'oreille et a la dimension d'une petite pomme ; sa surface est lisse, sa consistance élastique, elle est fluctuante et comprime la moitié supérieure du pavillon à partir de la tête en avant et vers l'intérieur. Le revêtement cutané du pavillon est très tendu. La tumeur mesure verticalement un diamètre maximum hémilatéral de 7 centimètres et 4 centimètres horizontalement.

Il s'agissait d'un kyste, forme de tumeur qu'on observe rarement sur le pavillon.

8. SINGER présente ensuite une domestique âgée de 39 ans. Son oreille gauche suppure depuis son enfance. En 1894, elle subit à la clinique du Prof. Gruber une opération à l'intérieur de l'oreille, dont elle ne peut définir la nature. Il y a quatre ans, elle fit de nouveau un séjour de six mois à la même clinique où l'on fit le diagnostic inscrit sur la carte qu'on lui remit : catarrhe chronique, cicatrice de la membrane tympanique droite et otite moyenne suppurée chronique gauche. A ce moment le pavillon s'est tuméfié, on lui fit des incisions nombreuses en avant, en arrière et à l'intérieur de l'oreille. Depuis quatre ans, elle ressent continuellement des élancements dans l'oreille gauche pour lesquels elle n'a pas eu recours aux soins d'un auriste. Il y a cinq semaines j'examinai pour la première fois la malade dans le service du Prof. Urbantschitsch, où elle vient consulter pour ses élancements auriculaires. A l'examen je reconnais que le tympan droit est cicatrisé en deux endroits devant le manche du marteau. A gauche le conduit auditif est un peu rétréci en arrière, on remarque sur le tragus un petit furoncle desséché. Sur la moitié postérieure du tympan colorée en gris foncé, on voit un enfoncement gros comme un pois, de forme vésiculaire, brillant comme de la nacre, paraissant renfermer de l'air. On perçoit par l'épreuve de Valsalva le bruit de la perforation sans reconnaître l'endroit où elle s'est produite. Montre à gauche = 0, à droite = 6 centimètres, voix chuchotée à gauche = 0, à droite =  $\frac{1}{3}$  mètre, voix normale, à gauche =  $\frac{1}{3}$  mètres, à droite — 3 mètre. La conduction aérienne et osseuse pour le diapason C<sup>2</sup> a peu diminué ; les diapasons élevés sont mieux perçus que les diapasons graves.

Au point de vue subjectif, la malade accuse de violents bourdonnements et il lui semble que son oreille s'ouvre et se referme alternativement. Pour dégager son oreille, la malade exécute à tout instant l'épreuve de Valsalva, ce qui m'explique l'extension colossale du tympan ayant déterminé la formation de vésicules.

Pour les détruire, j'employai de puissantes douches d'air, soit avec la poire de Politzer, soit par le cathéterisme. La malade perçut un bruit et je pus voir la vésicule déchirée; il se produisit aussitôt une amélioration; l'audition a beaucoup progressé. La montre est perçue à gauche à 7 centimètres, la voix chuchotée à quatre pas et la voix normale à plus de 6 mètres. Toutefois les élancements auriculaires persistant, je les attribuai à une légère otite externe contre laquelle je fis des applications de glycérine phéniquée dans le conduit auditif. Au moment où je retirai le pansement mardi dernier, la malade sentit distinctement un grattement dans le conduit auditif, et lorsque j'enlevai l'ouate je trouvai enclavée dans le morceau qui recouvrait la paroi supérieure du conduit une pointe d'aiguille à coudre rouillée, mesurant plus d'un centimètre de long. Immédiatement la malade éprouva du soulagement. Pendant quatre ans elle avait souffert d'élancements dans l'oreille gauche, passé des nuits sans sommeil ne pouvant se coucher que sur le côté droit et réveillée par la douleur lorsqu'elle s'étendait à gauche par mégarde. Elle a énormément vieilli depuis quatre ans, mais à présent elle est absolument rétablie, à la grande joie de son entourage qui ne savait comment s'y prendre pour atténuer ses souffrances.

9. HAMMERSCHLAG montre le **cerveau** d'une femme de 42 ans, reçue à la clinique otologique le 20 août et qui y succomba au bout de quatre jours.

La malade était atteinte, depuis 16 ans, d'une suppuration de l'oreille gauche; les troubles de la parole avaient débuté quatre semaines auparavant, accompagnés de vives céphalées gauches.

Oreille droite normale, pouvoir auditif normal. Le conduit auditif gauche est très rétréci, suppuration fétide, sensibilité de l'apophyse mastoïde à la pression, l'écaille du temporal est sensible lorsqu'on frappe dessus.

A gauche pouvoir auditif pour la conversation 1m,5. La malade ne peut nommer les objets qui lui sont présentés et oublie aussitôt ce qu'on vient de lui dire. Elle lit l'écriture et l'impression et écrit mais en faisant beaucoup de fautes.

Pas de troubles des nerfs cérébraux. Fond de l'œil normal. La nécropsie confirma le diagnostic fait pendant la vie: ancien abcès de la dimension d'une noisette occupant l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution temporale gauche. ramollissement de la substance médullaire de presque tout le temporal gauche et méningite suppurée récente.

---

Séance du 31 janvier 1899 <sup>(1)</sup>.

Président : Prof. GRUBER.

Secrétaire : Dr POLLAK.

1. POLITZER. — **Démonstration de préparations histologiques avec formation de cordons dans la cavité tympanique.** — L'auteur montre au moyen d'un appareil à projection et au microscope des coupes frontales de la cavité tympanique d'un homme ayant succombé à la clinique de Schroetter sans qu'on le sût atteint d'une affection d'oreille. La portion antérieure du tympan droit et sa portion postérieure étaient épaissies par des dépôts calcaires. On voyait sur la courte apophyse du marteau un enfoncement gros comme une lentille, produit par la destruction de la membrane de Shrapnell et l'absence partielle de la paroi de l'attique externe ; le fond lisse de cet enfoncement était occupé par une cicatrice épidermée.

Sur les coupes frontales du tympan et de sa cavité, on distingue l'attique remplie de tissu conjonctif délicat contenant des noyaux et cachant le marteau et l'enclume. La cavité moyenne du tympan est traversée par plusieurs trajets de tissu conjonctif, provenant de la surface interne du tympan, et surtout de la partie supérieure se prolongeant à l'intérieur et vers le bas, et rencontrant dans la partie postérieure le tympan et l'articulation incudino-stapédale, où ces trabécules forment une sorte de nœud. Ces cordons sont surtout développés à leurs points d'insertion, au tympan et à la muqueuse tympanique, ils se rétrécissent vers le milieu.

Au microscope, ces cordons offrent la même structure que la muqueuse hypertrophiée, ils sont revêtus d'un épithélium stratifié, et assez vascularisés aux endroits où ils pénètrent dans la muqueuse et dans la cavité tympanique.

P. croit qu'il s'agit dans ce cas de cordons de tissu conjonctif qui se sont formés dans la cavité tympanique lors de la vie fœtale et qui se sont enflammés ultérieurement.

2. F. ALT. — **Rupture du tympan avec audition fausse des sons musicaux.** — F. ALT présente un jeune professeur de 21 ans qui

<sup>(1)</sup> D'après le *Monats. f. Ohrenh.* février 1899.

14 jours auparavant reçut d'un inconnu dans la rue un coup sur l'oreille gauche. A l'examen, le côté droit est normal, à gauche rupture traumatique de la partie postéro-inférieure du tympan. Pouvoir auditif à gauche pour le chuchotement environ 6 mètres, Weber à gauche, Rinne positif des deux côtés avec conduction osseuse normale. Pas de différence entre la perception des sons aigus ou graves.

Depuis son accident, le malade, qui est un musicien consommé, se plaint de troubles de l'oreille au point de vue musical.

Lorsqu'il est au repos il perçoit de temps en temps un son de cloche dans l'oreille gauche. Il ne peut émettre un ut pur sur le violon, le son est toujours trop haut ou trop bas. Il émet bien les quintes. Les sons lui semblent toujours faux. Sa voix semble détonner, quoique on prétende qu'il émet toujours des sons justes. Normalement il reconnaît toute la gamme jouée par un instrument tandis qu'actuellement cela lui est impossible. Quand l'orgue joue il a l'impression d'être transpercé par les basses. Le roulement des voitures lui donne aussi la sensation de sons extrêmement profonds. Le chant d'un canari, très désagréable pour l'oreille normale, ne le gêne nullement non plus que les sons bas du piano.

A. suppose que ces troubles proviennent d'altérations labyrinthiques accompagnant l'affection de l'oreille moyenne.

#### *Discussion.*

KAUFMANN a observé deux fois de semblables accidents au cours du catarrhe tubaire et il ne croit pas à une lésion du labyrinthe.

URRANTSCHITSCH renvoie au cas d'audition fausse sans abaissement du pouvoir auditif au cours d'un catarrhe exsudatif de l'oreille moyenne qu'il a décrit dans son traité.

POLITZER ne croit pas qu'on soit en présence d'une affection labyrinthique, l'audition étant normale, il incline plutôt à une lésion de l'extrémité des nerfs auditifs due à un choc.

GRUBER rappelle qu'il a dit il y a longtemps dans son traité que ces anomalies de l'oreille étaient bien plus fréquentes qu'on ne le pensait, mais qu'elles ne frappaient pas les malades auxquels l'oreille musicale manque tandis que les musiciens de profession y font grande attention.

Ce symptôme n'indique pas une lésion tympanique car on l'observe aussi dans les otites moyennes.

Peut-être la lésion est-elle d'origine nerveuse.



ALT dit que ces accidents peuvent survenir au cours des otites moyennes exsudatives.

3. ALT. — Sur la ligature de la jugulaire dans les affections otitiques. — F. ALT rapporte que la ligature de la jugulaire dans tous les cas de thrombose otitique du sinus transverse avant l'ouverture du sinus est préconisée par Zaufal, Bergmann, Forselles et Lane.

GUYE et KUHN ont publié des observations où ils signalent le danger de la pénétration de l'air lors de la ligature de la jugulaire avant l'ouverture du sinus. Mais ces accidents sont heureusement fort rares, on ne compte dans la littérature que ces deux cas.

KERNER est d'avis dans certaines conditions de lier la jugulaire avant d'ouvrir le sinus, lorsque la thrombose gagne le bulbe ou la jugulaire; K. recommande aussi la prudence lorsque le sinus exécute des mouvements respiratoires.

Tous les autres auteurs sont d'avis de ne lier la jugulaire qu'après l'ouverture du sinus transverse.

JANSEN s'élève contre la ligature de la jugulaire avant l'ouverture du sinus, le diagnostic de thrombose étant incertain. La ligature de la jugulaire est contre-indiquée quand le sinus sigmoïde est envahi par un thrombus solide se prolongeant jusqu'au bulbe.

JANSEN pratique la ligature lorsque l'évidement du sinus est suivi d'une amélioration de l'état général ou lorsque surviennent des frissons. Il va sans dire qu'on liera immédiatement la partie supérieure de la jugulaire en cas de thrombo-phlébite septique.

Selon JACOBSON, les signes de thrombo-phlébite de la jugulaire sont les suivants: la plénitude de la jugulaire externe du côté affecté est moins accusée que du côté sain, car elle peut alors se vider plus facilement dans la portion interne (symptôme de Gerhardt). Sur le trajet de la jugulaire, on rencontre assez souvent un cordon dur, sensible à la pression. Les parties molles et les glandes sont tuméfiées. Douleurs dans la région du cou quand on remue la tête et en avalant, malgré que le pharynx et le larynx soient normaux. Si la thrombose attaque la veine faciale, on observe un œdème passager du visage.

BREGER considère la ligature de la jugulaire comme non exempte de danger, des embolies peuvent survenir et on observe aussi des thromboses qui, sous l'influence de microorganismes, suppurent.

LEUTERT dit qu'il ne faudra faire la ligature qu'après l'opération du sinus. Il repousse également la ponction exploratrice remplaçant l'incision du sinus.

D'après MACEWEN la ligature est indiquée lorsque la phlébite du sinus est si étendue qu'on ne peut l'enrayer par l'ouverture des deux tiers supérieurs du sinus.

HORSLEY n'est pas partisan de la ligature simple de la jugulaire en cas de métastases.

D'après la statistique de Koerner on voit que sur 79 cas de thrombose du sinus latéral, 44 malades ont guéri et 38 ont succombé. La jugulaire fut liée avant l'évidement du sinus 28 fois avec 18 succès et un résultat incertain, entre le début et l'achèvement de l'évidement une fois sans succès, après l'évidement, 10 fois avec 6 guérisons. Deux fois on lia la jugulaire sans évider le sinus thrombosé et on réussit sur 41 phlébites du sinus opérées avec ligature de la jugulaire 61 % guériront, sur 38 sans ligature 42 %.

La statistique de FORSELLES porte sur 16 cas avec ligature, 10 guérisons = 62,5 % sur 13 cas sans ligature, 7 guérisons = 53,8 %.

HESSLER, dans sa statistique, cite 4 cas de ligature simple de la jugulaire avec 2 guérisons = 50 %; 23 cas de phlébite des sinus avec ligature simultanée et ouverture de la jugulaire avec 16 guérisons = 69 %; 54 cas d'ouverture et d'évidement du sinus avec 31 guérisons = 57,4 %.

Si la thrombose infectieuse se propage au sinus latéral du côté opposé, Jansen conseille la ligature bilatérale.

SCHWARTZE est d'avis que la ligature de la jugulaire ne suffit pas à écarter le danger et que le plus souvent il faudra enrayer par une opération les progrès de la suppuration qui évolue dans l'os.

#### *Discussion.*

C. BIEHL a présenté le 12 janvier 1899, à la Société Impéroyale de Médecine, un malade sur lequel il avait pratiqué avec succès la ligature de la jugulaire pour une thrombose otogène du sinus sigmoïdal et une dégénérescence purulente des masses thrombosées. La ligature de la jugulaire ne peut être faite chez tous les malades, on devra choisir ses cas.

GRUBER trouve que tous les chirurgiens spécialistes d'oreilles devraient donner leur opinion sur la ligature de la jugulaire.

Au point de vue théorique, G. tient la ligature de la jugulaire pour très rationnelle. Dans la pratique il est difficile de préciser les modifications, car on ne peut pas toujours diagnostiquer avec

certitude la thrombose du sinus sigmoïdal. En cas de troubles crâniens on évitera de lier la jugulaire, de crainte de les augmenter et de hâter la fin d'un malade qui a des chances de guérir sans intervention.

Toutefois, G. ne s'élève pas contre la ligature de la jugulaire dans la thrombose des sinus; au contraire, il croit qu'elle peut rendre des services dans certains cas laissés à l'appréciation du médecin traitant.

Selon G. la plupart du temps on ne devrait lier la jugulaire qu'après avoir dégagé le sinus.

4. PANZER. — **Préparation d'un abcès cérébral otitique.** — Enfant de 5 ans amené par sa mère, au commencement de décembre 1898, à la consultation de l'hôpital Infantile de Sainte-Anne. La mère raconte que l'enfant est tombé sur la tête 14 jours auparavant et depuis il souffre de l'oreille droite, jamais il n'avait présenté d'écoulement auriculaire. A l'examen, on reconnaît une tuméfaction prononcée du conduit auditif et surtout de sa paroi supérieure, ce qui empêche d'examiner le tympan. L'enfant est gai et se plaint seulement quand on presse sur le conduit auditif, pas de sensibilité de la mastoïde. L'incision de la paroi supérieure du conduit donne issue à une petite quantité de pus. Mais 24 heures plus tard le tableau change. L'enfant devient apathique, la température monte à 39,5, la mastoïde est douloureuse à la pression et la peau qui la recouvre est œdématiée. Panzer se décide à l'ouverture exploratrice de l'oreille moyenne. Incision des parties molles derrière le pavillon. Après le détachement du périoste, on voit une collection purulente, mais la surface osseuse est absolument normale. Le conduit auditif est détaché jusqu'à l'insertion du tympan qui est totalement détruit et remplacé par de nombreuses masses cholestéatomateuses. L'auteur pratique alors l'opération radicale classique. Dès le premier coup de maillet, on s'aperçoit que les os sont infiltrés de pus et détruits par la carie qui se localise surtout en arrière où l'antre renferme beaucoup de pus. Destruction étendue de la paroi osseuse du sinus, de sorte que le sinus apparaît dénudé sur un espace de plus d'un centimètre. Coloration normale de la paroi du sinus qui à la ponction rend du sang normal. Collection purulente entre la paroi du sinus et l'os. Dure-mère normale. Pas d'altérations du tegmen tympani. La tête du marteau est détruite, pas d'enclume. Quatre jours après l'opération, l'enfant se trouvait bien et quittait le lit. La température n'avait pas dépassé 37,2.

Le septième jour après l'opération, lors des deux premiers changements de pansement, la plaie est normale et secrète peu ; le deuxième jour l'enfant quitte l'hôpital et on le ramène seulement à la consultation. Deux jours après, brusquement, la température monte à 39,2, dilatation énorme de la pupille droite, ptosis de la paupière droite. Mort quelques heures après l'entrée dans le service.

A l'autopsie on voit une importante lacune du rocher ayant une communication avec la fosse crânienne postérieure. On distingue nettement le sinus. La dure-mère et les méninges sont dégagées. Dans le lobe temporal droit se trouve un abcès de la grosseur d'une petite pomme. Les ventricules sont libres, cervelet normal.

---

### SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 46 janvier 1899.*

*Président : HENRY BUTLIN*

1. SAINT-CLAIR THOMSON. — **Laryngite chronique nodulaire chez un adolescent de 15 ans.** — Analogue à ceux décrits par Moure, de Bordeaux, mais il n'y a pas eu abus de la voix et la maladie semble la conséquence d'une attaque de croup survenue à l'âge de 3 ou 4 ans. L'épaississement constituant le *nodule des chanteurs* se trouve sur la face supérieure des cordes vocales qui sont injectées. Ablation de végétations adénoïdes en octobre, soulagement léger. Depuis insufflations d'alun, spray au fer, à l'acide lactique, etc., sans résultat. Le repos de la voix a été prescrit.

HAVILLAND HALL pense que ce cas a les apparences de la laryngite chronique due à l'obstruction du nez.

2. SAINT-CLAIR THOMSON. — **Deux cas de laryngite chronique localisée à la corde vocale droite, d'origine probablement tuberculeuse.** — Le premier est relatif à une femme jeune, enrouée depuis plus d'un an, l'autre est un homme enroué depuis neuf mois. Ni l'un ni l'autre n'ont de signes de lésions pulmonaires ni d'expectoration, pas de température. Chez les deux malades, la partie charnue de la corde vocale droite est rouge, ce qui confirme les recherches de Jobson Horne, que la portion libre des cordes vocales n'est que peu affectée tandis que les granulations semblent provenir de l'orifice du ventricule de Morgagni.

HALL. — La tuberculose n'est pas évidente dans le second cas.

CLIFFORD BEALE fait observer que la localisation unilatérale est un signe important pour le diagnostic dans les cas où les symptômes d'infiltration tuberculeuse sont douteux ainsi que ceux d'autres affections spécifiques.

HERBERT TILLEY est d'accord avec le D<sup>r</sup> THOMSON sur la nature tuberculeuse de ces cas. Il a revu l'homme présenté à une autre séance comme guéri par le curettage et les applications d'acide lactique d'une ulcération tuberculeuse de la pointe de l'épiglotte. Il y a deux jours il a constaté chez ce malade qu'il avait soigné pendant un an une congestion avec granulations de la corde vocale gauche, le reste du larynx restant normal. Les deux sommets des poumons sont nettement tuberculeux.

SAINT-CLAIR THOMSON répond qu'il a été conduit à son diagnostic par l'unilatéralité de la lésion, la marche chronique de la maladie, la situation et l'apparence des granulations et l'absence de signes de tumeur ou de syphilis. L'amélioration obtenue n'infirmait pas le diagnostic.

FÉLIX SEMON dit que, bien qu'il ait montré lui-même l'importance de l'unilatéralité de la congestion des cordes vocales au point de vue du diagnostic, il ne faut pas aller jusqu'à en faire un signe pathognomonique. L'unilatéralité de la lésion doit faire penser au cancer, à la tuberculose ou à la syphilis. Cependant il y a des cas peu nombreux où ces congestions locales n'ont donné lieu à aucun accident consécutif.

3. SCANES SPICER. — 1<sup>o</sup> Montre un malade opéré six semaines auparavant sous le titre :

**Cure radicale de l'empyème chronique de l'antre maxillaire.**

— L'intérêt de ce cas est dans les raisons suivantes :

1<sup>o</sup> C'est un exemple de la prolifération et de la caséification du pus retenu comme cela arrive si souvent dans l'empyème chronique de l'antre.

2<sup>o</sup> La coexistence d'ostéite raréfiante du maxillaire supérieur avec la nécrose de petits séquestres a rendu inutile l'emploi des instruments pour ouvrir l'antre.

3<sup>o</sup> La guérison de cette suppuration qui datait de huit ans a été plus rapide qu'on ne l'avait pensé.

2<sup>o</sup> **Séquestre, polypes et débris provenant d'un cas d'empyème de l'antre traité par l'opération radicale et guéri en deux mois.** — La malade, âgée de 18 ans, se plaignait d'ozène unilatérale accompagnée de sécrétion de croûtes de mauvais aspect depuis dix-

huit mois. Toutes les dents paraissent saines. Le diagnostic est confirmé par la transillumination. Opération radicale, guérison en deux mois qui se maintient depuis Noël 1898.

Le séquestre et les polypes montrent que le drainage alvéolaire n'eût pas suffi.

L'orateur montre la courbe de température d'une autre malade aussi soumise à la cure radicale, pour prouver que l'opération actuelle n'est ni si grave, ni si dangereuse qu'on l'avait dit. Jamais en effet la température n'a dépassé la normale d'un degré.

**4. BARCLAY BARON (Bristol). — Nouveaux renseignements sur le sarcome du nez présenté à la séance de novembre.** — Cette tumeur présentée au Comité des tumeurs a été diagnostiquée sarcome alvéolaire. Comme elle prenait un développement rapide et rejetait l'œil de côté, le malade fut opéré par M. Charters Symonds, après dégagement préalable de la tumeur par ouverture du maxillaire. La dure-mère était découverte sur un point par suite de la nécrose de l'os, le curettage par le nez eût été dangereux. Le malade guérit rapidement. L'aspect de la face est peu modifié.

SYMONDS dit qu'au début la tumeur présentait les caractères ordinaires du sarcome nasal ; elle était surtout composée de tissu mou, entourée de périoste épaissi dont elle était séparée par une couche de mucus nasal qui donnait la sensation de fluctuation.

Incision le long de l'aile du nez et au-dessous de l'orbite ; la portion nasale du maxillaire supérieur est sciée et le plancher de l'orbite ainsi que la paroi antérieure du maxillaire sont enlevés. L'ouverture ainsi pratiquée ajoutée à celle formée par la tumeur qui avait détruit le canal lacrymal et une partie de l'ethmoïde donne une large issue dans l'arrière-cavité des fosses nasales, à travers laquelle la tumeur fut facilement enlevée. Pansement à la gaze stérilisée. La dure-mère avait été découverte par la tumeur, mais elle était normale.

Il était cependant probable qu'une grande partie de l'ethmoïde était détruite et que de petits noyaux du néoplasme siégeaient dans la muqueuse qui le tapisse. Celle-ci fut enlevée avec des ciseaux, ainsi que le cornet moyen ; les bords de l'os furent sectionnés à la pince coupante. Le sinus maxillaire déjà largement ouvert fut enfin complètement rasé par l'ablation de sa paroi interne. Suture de la plaie extérieure. Le malade resta huit jours à la chambre. L'œil a repris sa position normale, il n'y a plus de diplopie.

FAGGE qui a examiné la tumeur dit que le sarcome alvéolaire n'est pas rare dans les fosses nasales.

SYMONDS. — Dans ces opérations sur la joue préfère aux instruments ordinaires la scie qui permet de contourner la tumeur et de conserver les portions du palais qui semblent intactes.

WATSON WILLIAMS. — Montre une cheville retirée de l'antra du maxillaire par l'ostium.

5. WYATT WINGRAVE. — Montre un **lupus du nez** chez une femme de 30 ans qui souffre depuis cinq ans d'obstruction nasale. Depuis quatre mois les fosses nasales sont remplies de granulations qui s'étendent jusqu'aux cornets moyens. Curettage suivi de récidence rapide avec extension aux cornets, la cloison est perforée. Traces de lésions anciennes au palais. Larynx normal.

Pas d'antécédents syphilitiques, échec du traitement spécifique. L'examen histologique révèle la structure du lupus, pas de bacilles. Un frère et une sœur morts de phtisie, la malade elle-même a les poumons atteints.

CRESSWELL BABER et THOMSON pensent que l'aspect et la fétidité ressemblent à la syphilis.

WATSON WILLIAMS. — Dans ces lésions lupus et tuberculose sont synonymes, car les maladies ne diffèrent que par leur chronicité et leur mode de développement.

6. HERBERT TILLEY. — **Laryngite tuberculeuse chez une naine.** — Femme de 45 ans, haute de trois pieds deux pouces. A la suite d'une attaque d'influenza a été prise de laryngite chronique. Le larynx est très petit, les cordes vocales ont 15 millimètres de longueur, toutes deux sont ulcérées. Bacilles dans les crachats.

7. FÉLIX SEMON présente 2 cas d'épithélioma et un de sarcome du larynx traités par la thyrotomie. Guérison datant de deux ans et demi, un an et demi et six mois après l'opération. — Le 1<sup>er</sup> (M. Flemming, relaté par lui-même dans la *Lancet*, octobre 1897), est un carcinome à cellules épithéliales de la corde vocale gauche. La tumeur et une partie du tissu sain circonvoisin a été enlevée le 21 juillet 1896. Convalescence sans complications. Depuis, bonne santé parfaite. Voix très bonne. Bande cicatricielle très nette à la place de la corde vocale gauche.

Le 2<sup>e</sup> concerne un officier de marine de 57 ans. Epaissement considérable et progressif des deux cordes vocales; un fragment

de tissu examiné confirme le diagnostic de carcinome. Ablation complète des deux cordes vocales et grattage de leur base. Convalescence normale. Deux mois après ablation de granulations de la commissure antérieure par la voie laryngienne. Depuis le malade est en bonne santé, mais la voix est réduite à un chuchotement, les brides cicatricielles n'ont pas compensé la perte des cordes vocales.

Le 3<sup>e</sup> a été observé chez un gentleman de 69 ans et demi présentant une tumeur rouge, irrégulière, mamelonnée, dont la base étalée occupe la plus grande partie de la corde vocale droite (très congestionnée elle-même) qu'elle semble contourner pour passer dans l'espace sous-glottique. Les mouvements de la corde vocale sont cependant peu gênés. L'examen histologique révèle un sarcome. Thyrotomie le 21 juillet 1898. La tumeur et la moitié antérieure de la corde vocale ont été enlevées, sa base grattée. Guérison sans accidents en quinze jours. La voix a son caractère presque normal et s'améliore encore.

SPENCER. — Demande : les antiseptiques employés ; si le cartilage thyroïde a toujours été suturé ; si les muscles du cou ont été suturés les uns aux autres avant la fermeture de la plaie cutanée.

FÉLIX SEMON répond qu'il a publié sa méthode dans la *Lancet* 1894 et les *Archiv für Laryngologie* 1897.

Il a toujours saupoudré tous les tissus d'iodoforme avant de fermer la plaie, suturé le cartilage thyroïde avec des fils de catgut ou d'argent ; actuellement il retire la canule éponge immédiatement après l'opération et suture la plaie dans toute son étendue, laissant seulement un petit drain à sa partie inférieure. Il ne sait cependant si cela constitue un progrès, car la température reste un peu plus élevée les premiers jours que quand il laisse comme auparavant la plaie ouverte pendant trois ou quatre jours. Une seule fois il a eu occasion de suturer les muscles pour une tuberculose du larynx dans laquelle la plaie avait été infectée. Il ajoute que l'apparence de récurrence à la commissure antérieure est, suivant ses observations, plutôt un granulome qu'un retour offensif de la tumeur maligne et qu'il a constaté par la communication du professeur Chiari que son idée de badigeonner le larynx avec une solution de cocaïne à 20 % pour diminuer l'hémorrhagie et l'irritation réflexe avait été déjà mise en avant par feu le professeur Billroth.

8. JORSON HORNE. — **Papillomes multiples et diffus du larynx.** — Femme de 22 ans. Changement dans la voix depuis dix-huit mois



aboutissant à un enrouement complet. Dyspnée d'effort et au moment du coucher crises d'asthme. L'examen montre une masse de papillomes insérés près de la commissure antérieure et qui recouvrent plus de la moitié de la glotte pendant la phonation. Il y en a aussi sur les deux cordes vocales. La masse antérieure a été enlevée, la dyspnée a cessé, la voix s'est améliorée. La nature papillomateuse en a été vérifiée au microscope.

9. BRONNER (Bradford) montre une préparation d'épithélioma <sup>°</sup>tubulaire du nez. — La tumeur, grosse comme un pois, siégeait sur la muqueuse nasale tout près de la région antérieure du cornet inférieur. La tumeur enlevée avec les ciseaux, le pédicule soigneusement cautérisé au galvanocautère n'a pas récidivé depuis dix ans.

BUTLIN pense qu'il est difficile de distinguer s'il s'agit d'un adénome ou d'un épithéliome.

10. R. LAKE. — Paralyse du récurrent droit avec parésie du trapèze, du sterno-mastoidien, du voile du palais, ptosis léger et paralysie faciale du même côté. — Malade de 36 ans, frappé il y a onze ans d'un coup de poignard au-dessus de l'œil droit, fut pris d'épilepsie jacksonienne dont la dernière attaque remonte à un an. Pas de syphilis. Depuis le mois d'août 1898 il tousse ; depuis deux mois l'aphonie, la dysphagie sont aggravées. L'épaule droite est abaissée ; le trapèze, le sterno-mastoidien, le voile du palais sont parésiés. Réflexes conservés des deux côtés et au pharynx. Mydriase à gauche ; la pupille réagit légèrement à l'accommodation, pas à la lumière. A droite ptosis léger et faiblesse des muscles labiaux. Pas de signe de Romberg. Iodure de potassium et frictions hydrargyriques pendant six semaines. La dysphagie augmente, l'aphonie diminue et la voix est depuis une semaine presque normale.

11. PARKER. — Tumeur de la corde vocale gauche chez un homme de 22 ans. — La tumeur qui siège sur la moitié antérieure de la corde vocale gauche a l'aspect d'un papillome ; diagnostic confirmé par l'examen histologique du Dr Hewlett. Depuis que la partie antérieure de cette tumeur a été enlevée pour l'examen, le reste s'est étalé et toute la corde vocale paraît infiltrée ; ses mouvements sont très difficiles. Malgré son aspect de papillome cette tumeur semble de nature maligne. Iodure de potassium pendant 6 semaines sans résultat.

FELIX SEMON est d'avis qu'il s'agit de cancer et conseille la thyroïdectomie.

DE SANTI partage cette opinion.

WILCKOKS. — Le malade présenté au mois de décembre pour paralysie du récurrent, a eu depuis une pneumonie et est mort subitement d'hémorrhagie intra-thoracique, vraisemblablement causée par un anévrysme qu'aucun signe ne révélait pendant la vie.

---

*Séance du 3 février 1899*

*Président : M. HAVILLAND HALL.*

12. BETHAM ROBINSON. — **Léger défaut d'abduction de la corde vocale droite.** — Homme de 36 ans, qui éprouve une difficulté à chanter qui augmente depuis trois mois. Légère douleur au cou, ni mal de gorge, ni toux, parfois des sueurs nocturnes. Pas de syphilis. La corde vocale droite se meut mal, les deux sont un peu congestionnées. Légère douleur à la pression à la partie postérieure de l'aileron droit du cartilage thyroïde.

Pas de signes de lésions des nerfs.

Traitement par l'iodure de potassium et les inhalations de benjoin. Trois semaines après il était beaucoup mieux. Il s'agit probablement d'une infiltration des tissus périlaryngiens gênant mécaniquement le mouvement de la corde vocale et de l'articulation crico-aryténoïdienne ; elle est probablement d'origine tuberculeuse.

DUNDAS GRANT pense que l'entrave au mouvement de la corde vocale tient à une fixation d'origine mécanique.

MILSON REES. — La difficulté de l'abduction est causée par la déformation du larynx car l'épiglotte est tordue.

GALL. — La corde vocale était enflammée.

ROBINSON. -- Les deux cordes vocales étaient congestionnées au premier examen.

13. BETHAM ROBINSON. — **Tumeur de la corde vocale droite. Ablation.** — Malade de 48 ans présenté à la séance de janvier 1898, portant une petite tumeur sessile à la jonction du tiers antérieur de la corde vocale droite avec les deux tiers postérieurs. Cette tumeur

fut enlevée avec la pince de Grant. Mais elle s'écrasa, laissant échapper un liquide muqueux, de sorte que l'examen microscopique n'a pu être fait.

C'est un kyste ou un myxome.

Le malade est guéri.

14. FURNISS POTTER. — **Paralysie complète de la corde vocale gauche.** — Malade de 48 ans se plaignant d'enrouement progressif. Il a eu il a vingt ans une *maladie*, mais sans éruption, ni angine, ni signe d'infection générale. Bonne santé. La corde vocale gauche apparaît immobile en abduction. La moitié gauche du voile du palais paraît parésiée et légèrement insensible, surtout au niveau de son bord inférieur. La langue, quand il la tire, est déviée à gauche. Rien au trapèze, au sterno-mastoidien et à l'orbiculaire des lèvres. Léger nystagmus. Réflexe rotulien plutôt exagéré. Rien à la poitrine. L'iode de potassium est resté sans effet.

FÉLIX SEMON. — C'est un cas typique de paralysie du récurrent, la corde vocale a la position cadavérique.

HERBERT TILLEY. — Ces cas sont une démonstration clinique du fait signalé par Horsley et Beevor que l'innervation du voile du palais, du pharynx et probablement des muscles du larynx est fournie par le spinal accessoire. C'est le quatrième cas qu'il a vu depuis deux mois et il devient douteux que le facial innerve tout le palais comme on l'enseigne encore.

15. BOWLBY. — **Ulcère de la cloison.** — Femme de 32 ans, mariée, a plusieurs enfants bien portants. Pas d'antécédents de syphilis, ni de tuberculose. Léger épaissement de la cloison il y a un an; la muqueuse d'abord normale s'est ulcérée il y a six ou huit mois, l'ulcération située au niveau de la partie supérieure du cartilage a la largeur d'un gros pois. Elle n'est pas douloureuse et gagne en profondeur mais non en surface. L'os est intact. Pas de bacilles tuberculeux.

DUNDAS GRANT. — L'ulcération est plus irrégulière que l'ulcère perforant et donne à penser à la tuberculose ou au lupus, le teint de la malade et sa susceptibilité au froid sont en faveur de cette hypothèse.

SAINT-CLAIR THOMSON. — L'ulcération est trop haut située pour qu'on puisse l'attribuer au traumatisme ou à l'irritation produite par des poussières ou la sécrétion du nez. Il n'y a pas lieu de penser à la syphilis malgré la marche envahissante du mal; l'odeur spéciale manque, l'indolence, l'épaississement de la marge de

l'ulcère sont en faveur de la tuberculose. On pourrait, comme dans un cas qu'il a présenté à la Société clinique, essayer la réaction de la tuberculine.

WAGGETT. — L'histoire et l'aspect de cet ulcère ne sont pas en rapport avec ce qu'on trouve ordinairement dans l'ulcère perforant.

SCANES SPICER. — Cette ulcération est probablement syphilitique malgré l'absence des signes caractéristiques.

LE PRÉSIDENT. — Ce n'est toujours pas l'ulcération atrophique banale car il n'y a jamais épaissement de la muqueuse mais toujours atrophie.

16. HAVILLAND HALL. — **Spécimen d'abcès du larynx.** — Cet organe provient d'une femme de 70 ans entrée à l'hôpital pour néphrite aiguë et pneumonie lobaire et qui présenta quelque temps avant sa mort de la suffocation et de la dysphagie.

A l'autopsie il sortit environ 30 grammes de pus verdâtre et fétide du pourtour du larynx dont les cartilages étaient nécrosés. L'abcès avait perforé le larynx d'une petite ouverture. Pneumonie double. Vieilles adhérences au péricarde. Quelques végétations sur la valvule mitrale. Le lobe droit du foie contenait un kyste hydatique gros comme une orange avec membrane et pus vert olive visqueux. La rate et les reins présentent les lésions habituelles de la toxémie.

17. WILLIAM HILL. — **Enfant émettant un bruit particulier à l'inspiration.** — Ce bruit à peu près continu, car il a lieu même la nuit, manque quelquefois pendant une ou deux respirations. C'est un bruit laryngien tenant à un relâchement considérable des organes du vestibule, analogue à ceux qu'ont décrits Gee, Lees et plus récemment le Dr Lack.

GALL ne croit pas que ce cas dans ses détails ressemble au craquement respiratoire des enfants décrits par Gee.

FÉLIX SEMON. — Le bruit semble ici provenir de la trachée ou tout au moins de la partie inférieure du larynx.

L'épaississement du tympan a été cité dans quelques observations comme cause possible. L'intubation permettrait de préciser l'origine de ce bruit.

MILSON REES remarque que le bruit cesse quand l'enfant crie.

LACK. — C'est une forme atténuée de ces obstructions congénitales du larynx, bien connues, où il y a à la fois relâchement du

vestibule et déformation de l'épiglotte. Dans les cas d'hypertrophie du thymus le bruit est *expiratoire*.

HILL. — Le bruit se produit même la nuit. Par la chloroformation et l'intubation on pourra vérifier son point de départ, qui semble plutôt périlaryngé que sous-laryngé.

18. RICHARD LAKE montre un **papillome du larynx** qui était inséré sur la commissure antérieure et partant de la corde vocale droite recouvrait légèrement la gauche.

19. SAINT-CLAIR THOMSON présente de nouveau le malade qu'il a montré en novembre 1898 comme atteint de **laryngite de nature douteuse**. Depuis un examen plus complet a montré un commencement de phthisie pulmonaire, et l'expectoration, qui manquait jusqu'alors, a révélé l'existence de nombreux bacilles. Un ulcère suspect est apparu sur l'épiglotte et le malade maigrit rapidement.

CLIFFORD BEALE demande si le malade a été atteint d'œdème aigu comme cela s'observe souvent dans des cas analogues traités par l'iodure de potassium.

GALL pense que l'iodure de potassium peut servir comme la tuberculine de réactif.

SAINT-CLAIR THOMSON. — L'œdème aryénoïdien est survenu en une semaine.

20. HERBERT TILLEY montre un **polype du naso-pharynx** enlevé à une femme de 45 ans. Il était inséré dans l'espace rétro-nasal et pendait jusqu'à la luette, provoquant de la suffocation nocturne. Enlevé avec la pince de Löwenberg il a donné peu de sang.

FÉLIX SEMON demande si le polype avait subi la dégénérescence kystique; il a observé souvent ce phénomène, tandis que les polypes du nez sont myxomateux.

HILL. — A proprement parler il s'agissait d'un polype nasal saillant dans le pharynx. Le nom de myxome est impropre pour ce genre de tumeurs.

LACK a enlevé récemment un polype du nez remplissant à la fois les narines antérieures et postérieures; il était ferme, sans dégénérescence kystique, ressemblant à celui du Dr Tilley.

HICER. — Presque tous les polypes venant des cornets contiennent de petits kystes. Les gros sont souvent des cellules ethmoïdales dilatées.

WAGGETT confirme l'opinion de F. Semon. Cependant on peut

trouver de petits kystes glandulaires dans le plus grand nombre des polypes du nez.

TILLEY a employé le terme naso-pharyngien dans le sens anatomique. Le olype contenait un ou deux gros kystes.

21 T. montre ensuite un malade atteint d'**ulcération épithélio-mateuse du naso-pharynx**. Le patient a 55 ans et se plaint de gêne respiratoire du nez, d'un écoulement gênant et fétide dans la bouche et de faiblesse générale.

Le voile du palais est immobile et vertical, ses bords si épaissis et congestionnés que l'index peut juste passer dans le naso-pharynx. Le doigt permet de sentir une ulcération nette, et l'écoulement particulièrement fétide qui en provient est caractéristique d'un épithéliome avancé de la langue. Les ganglions sous-maxillaires, surtout à gauche, sont hypertrophiés. L'iodure de potassium et le mercure ont été sans effet.

SAINT-CLAIR THOMSON a vu un cas analogue chez un homme de 34 ans, qu'il considéra d'abord comme porteur de végétations adénoïdes, l'opération donna lieu à une hémorrhagie abondante. La tumeur récidiva et le malade mourut peu après. Le diagnostic d'épithéliome de la glande de Luschka fut confirmé par l'autopsie et l'examen histologique.

MILSON REES a vu un cas pareil.

22. DUNDAS GRANT. — **Empyème de l'antre guéri par l'irrigation alvéolaire**. — Ce cas fut d'abord traité par la méthode de Lichtwitz, mais sans succès, plusieurs dents étant malades. La ponction alvéolaire, pratiquée sans difficulté, permit l'irrigation continue qui donna une guérison rapide. Les méthodes intra-nasales ne doivent donc pas faire oublier les autres.

FÉLIX SEMON. — Ce cas contraste avec celui qui a été présenté dans la précédente séance. Il faut choisir tantôt une méthode tantôt une autre; il n'y a pas de règle fixe pour le succès.

GRANT pense que l'empyème de l'antre d'origine dentaire doit être traité par la ponction alvéolaire, les autres par la voie nasale.

L. R. RÉGNIER.

---

VII<sup>e</sup> RÉUNION DES LARYNGOLOGISTES  
DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Heidelberg, 3 avril 1899.

Le VII<sup>e</sup> Congrès de cette Association s'est ouvert sous la présidence du prof. KILLIAN, de Fribourg.

1. G. AVELLIS (Francfort s/M). — **Fatigue de la voix et hygiène vocale.** — La fatigue de la voix, qu'on identifiait jusqu'à présent avec la parésie des abducteurs de la glotte, est *fonctionnelle* quand le médecin ne constate aucune lésion, ou organique lorsqu'il existe un obstacle à l'émission de la voix. La fatigue vocale provient non seulement d'une faiblesse musculaire, mais de troubles centraux. Aussi, ne devra-t-on pas rechercher dans la périphérie le premier signe de la fatigue. Les influences psychiques exercent une grande influence sur la voix ; le shock détermine l'aphonie ; certains parfums altèrent la voix ainsi que des affections génitales chez la femme, tous ces symptômes tirant leur origine du cerveau. Le principal trouble nerveux est le spasme ; on reconnaît la fatigue vocale neurasthénique à ce qu'elle est déterminée par l'attention qu'y porte le sujet quand une petite indisposition se prolonge. Le traitement doit agir sur les causes centrales.

La fatigue vocale organique est le résultat d'une fatigue physiologique, on l'observe au cours de la paralysie récurrentielle ou chez les personnes respirant difficilement, comme les asthmatiques et les emphysémateux ; la thérapeutique sera douce et non brusque. Avellis n'est pas partisan de l'ablation des amygdales, il conseille plutôt de les badigeonner avec de l'iode ; il conclut que le traitement local est inefficace et qu'il faut plutôt agir sur l'état général.

2. JENS (Hanovre). — **Sur la position des cartilages aryténoïdes dans le chant.** — Reproduction de la technique vocale et d'une série de déductions pratiques tirées des expériences de l'auteur sur diverses méthodes de chant.

3. EULENSTEIN (Francfort s/M) montre la **radiographie d'une paralysie récurrentielle droite.** — Malade présentant les signes

(1) D'après la *Berliner klin. Woch.*, 29 mai 1899.

caractéristiques d'une tumeur du médiastin : Murmure inspiratoire, abstention de la moitié droite du thorax lors de la respiration, léger ramollissement de l'espace médiastinal droit près du sternum et en plus paralysie du récurrent droit. Par la radioscopie on vit à gauche une pulsation nette, qui existait aussi, mais moins accentuée, à droite. Rosenberg ayant déclaré que pour diagnostiquer un anévrysme il faut observer de tous côtés des pulsations, on devait être en présence d'un anévrysme avec tumeur médiastinale. A l'autopsie, on reconnut un anévrysme aortique très développé qui existait sans que la radiographie eu démontré toutes les pulsations.

4. WERNER (Mannheim) montre un **sarcome de la moitié gauche du larynx**, qu'il a enlevé par la voie chirurgicale.

5. KILLIAN (Worms) présente un cas de **paralysie multiple des nerfs cérébraux**.

6. JURASZ montre de nouveau la malade opérée d'un **cancer laryngien**, qu'il avait présentée l'année précédente. Il n'y a pas eu de récidive, au centre, les cordes vocales sont actuellement revêtues de tissu cicatriciel. La voix est très claire.

7. SCHIEFER (Neustadt a H.) présente un cas d'**anévrisme de l'artère pharyngée ascendante**.

8. SEIFERT (Wurzburg). — **Tuberculose du canal naso-lacrymal**. — 14 cas, dont 5 limités au canal naso-lacrymal. La tuberculose primitive du conduit lacrymal est à peine indiquée. Les altérations secondaires sont fréquentes, elles se produisent par trois voies : 1<sup>o</sup> par la paroi osseuse à la suite d'une carie du maxillaire supérieur ; 2<sup>o</sup> par le nez ; 3<sup>o</sup> par la conjonctive. Les larmes entraînent d'ordinaire, rapidement les bacilles tuberculeux, mais sitôt que l'affection dépasse l'orifice nasal du canal lacrymal et que l'épithélium est atteint, l'infection survient rapidement. On se rend compte de la présence du foyer primitif dans le nez dans les cas où les deux narines sont tuberculisées tandis qu'un seul canal lacrymal est atteint. Le diagnostic de l'affection primitive du canal naso-lacrymal est très difficile ; la plupart du temps, la tuberculose est secondaire à une affection nasale primitive.



9. SIEBENMANN (Bâle). — **Traitement de la sinusite maxillaire chronique par la résection de la paroi médiane du sinus maxillaire.** — S. pénètre dans le nez avec le doigt et perfore à travers le cornet moyen la paroi de l'antre d'Highmore. Il préconise son procédé pour les cas où l'ouverture par la fosse canine est contr'indiquée. Pour introduire le doigt, il faut que l'orifice nasal soit très large.

10. WINCKLER (Brême). — **Traitement des sinusites frontales.** — L'auteur applique, au traitement de ces affections, la méthode de Killian, modifiée par Barth.

11. PRÆBSTING (Wiesbaden). — **Hyperplasie du thymus.** — Pièce recueillie chez un enfant ayant succombé à du cornage inspiratoire. La trachée n'était pas comprimée, mais absolument ronde, l'épiglotte était très refoulé. Hypertrophie marquée du thymus, le lobe droit atteignait la sixième côte, le lobe gauche était soudé à la carotide et au nerf vague.

12. G. KILLIAN (Fribourg). — a) Périchondrite aiguë de la muqueuse nasale à la suite d'un kyste dentaire suppuré ; b) Deux cas de diverticules pulsatiles de l'œsophage ; c) Application de la bronchoscopie à l'extraction de corps étrangers des bronches.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Répertoire international des laryngologistes et otologistes**, publié par R. LAKE (Rebman Publishing Co, Londres, 1899).

L'auteur avait eu l'excellente idée de dresser la liste des spécialistes du monde entier afin de faciliter les relations d'un pays à un autre, mais malheureusement ce petit livre ne pourra être consulté avec fruit. Les erreurs y fourmillent, tant au point de vue des noms que des adresses. Nombre de confrères y figurent à plusieurs reprises, tandis que d'autres, et non des moindres, y sont totalement omis. On relève aussi des inexactitudes dans la liste des journaux inscrite en tête de cet opuscule.

Nous espérons que l'auteur nous offrira bientôt une nouvelle édition revue et corrigée de son répertoire qui pourra rendre ser-

vice à tous ceux qui le consulteront, d'autant plus que l'ouvrage est bien édité et d'un format commode, pouvant se mettre dans la poche.

A. G.

**Sur l'anatomie de l'oreille**, par R. FORNS (Tipog. J. Moreno, Madrid, 1899).

Cette monographie est extraite du numéro de juin de la *Revue ibéro-américaine des sciences médicales* et est consacrée à l'anatomie du temporal.

L'auteur étudie successivement les portions pétreuse, tympanique, squameuse et mastoïdienne et l'ensemble du temporal.

Notre distingué collaborateur a annexé à son mémoire quatre belles planches phototypiques exécutées d'après des pièces de sa collection, fort intéressantes à consulter pour les auristes.

A la fin de son article, Fornas déclare que la qualité primordiale chez un otologiste est la connaissance approfondie de l'anatomie, aussi a-t-il commencé l'étude topographique de l'organe auditif par le temporal et non par les organes de l'audition proprement dits ou le labyrinthe, voulant ainsi inculquer à ses lecteurs les premiers préceptes de l'otologie moderne.

La chirurgie de l'oreille s'apprend sur le cadavre et surtout sur les pièces sèches, aussi faut-il s'exercer fréquemment à l'amphithéâtre avant d'intervenir sur le vivant, en raison de la délicatesse que réclament les interventions auriculaires.

A. G.

**Examen de sourds-muets**, par SCHWENDT et WAGNER (Bâle, 1899, édit. Schwabe).

Les auteurs ont soumis à un examen des plus minutieux l'oreille et le pouvoir auditif de 59 sujets sourds-muets et leur monographie en présente les résultats sous forme de tableaux, de graphiques, de statistiques multiples. Leurs conclusions donnent raison en partie à Bezold, en partie à Urbantschitsch quant à la meilleure méthode d'examen soit au moyen de la gamme continue des diapasons, soit au moyen de l'harmonium ; au point de vue pratique il est incontestable que nombre de sourds-muets ne sont pas absolument sourds et que les restes d'ouïe qu'ils possèdent sont utilisables pour l'apprentissage de la parole ; en tout cas il ne serait qu'humain de sauver le peu d'ouïe qui existe encore et à cet effet d'adjoindre à tous les instituts de sourds-muets des professeurs qui s'occuperaient du développement de l'ouïe des élèves.

M. N. W.

**L'otite moyenne suppurée chez les nourrissons**, par CHANGELIDZE  
(Thèse de doctorat ; analyse de *Wratch*, 1899, p. 1336).

L'auteur a étudié l'oreille sur les cadavres des nourrissons de l'hospice des enfants trouvés et des hôpitaux d'enfants ; sur 90 cadavres la suppuration de l'oreille moyenne a été trouvée dans 70,5 % de cas, dans la plupart des cas bilatérale ; dans presque tous ces cas il y avait des affections pulmonaires et très souvent du catarrhe intestinal. Chez les nourrissons il n'a pas trouvé un seul cas de caisse du tympan aseptique, chez les enfants plus grands (jusqu'à 7 ans) la caisse était dépourvue de microbes cinq fois. Les microorganismes trouvés dans la caisse du tympan étaient : le diplococque de Frænkel dix-neuf fois, le staphylococque pyogène albus douze fois, l'aureus cinq fois, le streptococque huit fois, le bâtonnet du pus bleu trois fois, enfin une fois le saccharomyces, la sarcine, le diplococque de Friedländer. Le streptococque a été trouvé dans les suppurations graves, tandis que le pneumococque se trouvait dans un exsudat fait de mucus, de cellules épithéliales avec fort peu de globules de pus. Des inoculations aux animaux ont montré que la virulence de microbes contenus dans la caisse du tympan est beaucoup plus faible que celle de microbes que l'on recueille avec le mucus à l'entrée de la trompe d'Eustache et l'auteur en conclut que le séjour dans la caisse atténue la virulence des microorganismes. L'auteur a fait de plus des mensurations minutieuses pour déterminer les rapports entre l'orifice de la trompe d'Eustache, le bord du palais osseux, la base du crâne, etc. Il a enfin évalué les variations physiologiques de la pression de l'air contenu dans la caisse : le niveau manométrique ne change presque pas quand la respiration est nasale ; les oscillations sont de 3 à 4 millimètres dans la respiration buccale ; le cri fait monter le liquide de 4 à 5 millimètres, et la toux le fait monter à 6 millimètres. L'auteur s'est servi d'un manomètre à alcool, dont une branche mesurait 3 millimètres, l'autre 5 millimètres de hauteur.

M. N. W.

**Manuel de thérapeutique et médecine opératoire de l'oreille**, par  
GH. FERRERI (Vol. de 300 pages. Soc. éd. Dante Alighieri, Rome, 1899)

L'auteur, adjoint au Prof. de Rossi qui dirige la clinique otorhino-laryngologique de l'Université Royale de Rome, nous a donné sous forme de manuel un petit traité d'otologie pratique rédigé avec beaucoup de clarté et illustré d'un nombre considérable de

figures représentant les instruments employés couramment à la Clinique et dont beaucoup sont dûs à des auteurs italiens. Tout élémentaire que soit cet ouvrage, il est écrit avec soin et ses quatorze chapitres traitent de toutes les affections auriculaires que l'on rencontre dans la pratique. Ainsi que Ferreri le fait remarquer dans sa préface, il s'adresse non aux débutants mais aux médecins déjà initiés à la science otologique.

A. G.

**Les suppurations du temporal, d'après les observations cliniques,**  
par O. KÖRNER (J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1899).

Ce volume est le premier d'une série que l'auteur entreprend sur l'otologie contemporaine.

Körner insiste sur l'importance des suppurations du temporal et de l'infection qui se propage à la trompe et à l'oreille moyenne d'où secondairement elle atteint les os. Il communique les idées qui lui ont été inspirées par seize ans de pratique.

Sur quatre-vingt-une opérations dans des cas d'otite moyenne aiguë, vingt-quatre fois l'affection n'avait pas dépassé le contenu crânien, tandis que ce dernier était affecté dans 15 cas.

K. considère la *nécrose* consécutive à une otite moyenne aiguë comme une maladie particulière. Il fait observer que l'ostéosclérose apparaît presque toujours à la suite des otites moyennes chroniques.

Le pronostic des mastoïdites chroniques simples non cholestéatomateuses n'est pas aussi grave que celui des formes aiguës; on décidera alors des indications de l'intervention opératoire.

L'auteur cherche à déterminer les divergences entre le *pseudo-cholestéatome* et le *cholestéatome vrai* du temporal.

K. n'a jamais observé de périostite primitive de la mastoïde. Il rapporte de nombreuses observations de tuberculose du temporal.

Ce livre est orné de belles figures aidant à la compréhension du texte et nous augurons favorablement des volumes successifs que nous promet l'auteur.

A. G.

**Le liquide cérébro-spinal, son issue spontanée à travers le nez, avec observations sur sa composition et sa fonction chez l'homme,** par SAINT-CLAIR THOMSON (Vol. de 140 pages, Cassell, and Co, éditeurs, Londres, Paris, New-York et Melbourne, 1899).

Cet ouvrage doit être recommandé non seulement aux spécialistes, mais aussi aux physiologistes et à ceux qui s'adonnent à la médecine générale.

L'auteur a entrepris ses recherches après avoir observé un écoulement de liquide cérébro-spinal par une narine survenu sans cause apparente chez une jeune femme bien portante. Au début l'écoulement fut intermittent, mais durant plus de trois ans il persista jour et nuit avec seulement quatre interruptions, l'une de seize jours, deux de vingt-huit jours et la dernière de deux mois. Les maux de tête se sont notablement atténués depuis l'établissement de l'écoulement.

En compulsant la littérature, T. a pu recueillir 20 autres cas et il a reconnu que le trouble en question était presque toujours associé à des symptômes cérébraux et parfois à des altérations de la rétine.

L'auteur fait l'historique du sujet, il rapporte les observations publiées, puis parle du diagnostic de l'hydrorrhée nasale et de la rhinorrhée cérébro-spinale en faisant ressortir l'existence des signes cérébraux dans la plupart des cas.

La seconde partie du volume est consacrée à des observations sur la composition et la fonction du liquide cérébro-spinal chez l'homme qui doivent être lues dans l'original.

A. G.

**La douche nasale**, par le Dr LUBLINSKI (article de l'Encyclopédie de Liebreich, vol. III, 1899).

La douche nasale peut être un moyen de nettoyage au cours d'un traitement local du nez, mais ce n'est jamais un moyen thérapeutique en soi ; le danger de pénétration dans l'oreille et dans le sinus est si grand, qu'il n'est pas permis d'user de la douche nasale sans recommander les plus grandes précautions : pression faible, température de 20°-25°, pénétration par la narine la moins libre afin que l'écoulement se fasse sans obstacle, interdiction absolue de la douche quand l'obstruction est bilatérale, interruption du jet quand le patient éprouve le besoin de faire un mouvement de déglutition. Chez les enfants ou dans les cas où la trompe d'Eustache ne se ferme pas bien, il faut remplacer la douche par la pulvérisation. Après le lavage il ne faut pas se moucher, ni subir de douche d'air, ni s'exposer au froid afin d'éviter un gonflement de la muqueuse.

M. N. W.

**Examen du nez**, par W. LUBLINSKI (Encyclopédie de Liebreich, vol. III, 1899).

Il faut toujours commencer par l'inspection de la partie antérieure du nez sans aucun spéculum, ce que l'on néglige trop sou-

vent; la rhinoscopie instrumentale antérieure est la plus courante, mais la rhinoscopie médiane de Wertheim a été à juste titre remise en honneur par Killian et permet de bien examiner le méat moyen. La rhinoscopie postérieure ne doit jamais faire défaut chez l'adulte.

M. N. W.

**Abcès de la cloison**, par W. L. BALLENGER (Chicago, 1899).

L'auteur rapporte deux observations d'abcès double de la cloison accompagnées de quatre figures. Très bien prises, ces observations ne contiennent rien de nouveau.

A. G.

**Contribution à l'étude du rhinosclérome**, par J. F. GUTIERREZ (Thèse de Guatemala, avril 1899).

Dans une monographie de 130 pages contenant trois photographies de malades et une reproduction de coupe histologique, l'auteur étudie à fond cette affection à peu près ignorée chez nous, mais qu'on rencontre fréquemment dans l'Amérique centrale. Il décrit d'abord l'aspect de la lésion, son évolution et les complications qui peuvent se présenter comme pathogénie, il admet la pénétration dans les tissus d'un bacille spécifique (Frisch, Alvarez, Paltauf et Eiselsberg).

Au point de vue étiologique, G. dit qu'Alvarez (de San Salvador) prétend que le rhinosclérome pourrait être provoqué par un parasite analogue au bacille de Frisch que l'on rencontre dans les champs où l'on récolte l'*indigofera tinctoria*, mais d'après l'auteur cette hypothèse serait erronée, la maladie n'attaquant pas souvent les ouvriers employés à récolter cette plante. En général les rhinoscléromateux jouissent d'une excellente santé générale.

G. décrit ensuite la technique bactériologique en usage pour reconnaître le bacille de Frisch, puis il aborde le traitement qui peut être, selon les cas, médical ou chirurgical.

D'ordinaire la marche de la maladie est lente, elle peut durer une vingtaine d'années et jamais on n'observe de guérison radicale, il y a presque toujours récurrence.

Après avoir rapporté vingt observations, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Le rhinosclérome est un néoplasme dû à un bacille spécifique.

2° L'infiltration du derme (cutané ou muqueux) par ce bacille donne naissance à un tissu d'une dureté cartilagineuse, ne se ra-

mollissant jamais, ne s'ulcérant pas et subissant une transformation scléreuse à évolution extrêmement lente.

3° La caractéristique du tissu rhinoscléromateux est la présence de grandes cellules vésiculeuses contenant des masses hyalines et des bacilles encapsulés.

4° La métamorphose régressive des grandes cellules du rhinosclérome est sous la dépendance du bacille encapsulé qu'elles renferment.

5° La néoformation du tissu conjonctif est aussi déterminée par l'irritation inflammatoire chronique provoquée par la présence du bacille dans les tissus.

6° Le bacille rhinoscléromateux constitue une espèce particulière totalement différente des bacilles encapsulés de Friedländer, Fränkel, Læwenberg et Alvarez.

7° Le bacille du rhinosclérome est aérobie, se reproduit au moyen de spores, se développe dans tous les milieux de culture ; ses cultures répandent une odeur de putréfaction, il ne liquéfie pas la gélatine, produit la réaction de l'indol, fermente le sucre, coagule le lait et se colore par le Gram.

8° Chez les rats, l'inoculation du bacille de Frisch provoque la mort en douze à vingt quatre-heures, avec congestion de tous les viscères et présence du bacille dans le sang.

9° Les lapins succombent au bout de dix à dix-huit jours, avec tuméfaction et production d'une substance épaisse, blanche et visqueuse et dégénérescence des ganglions lymphatiques voisins du point inoculé.

10° Chez les cobayes et les chiens, l'inoculation détermine une tumeur pâteuse, s'ulcérant les premiers jours et donnant issue à un liquide visqueux, blanc et épais ; les petites ulcérations se cicatrisent et la tumeur persiste.

11° Chez tous les animaux sus-nommés l'inoculation de doses suffisantes de vieilles cultures, provoque rapidement la mort par toxémie.

12° Le rhinosclérome peut débiter non seulement par le nez, mais aussi par le voile palatin, le pharynx, ou moins rarement par le larynx.

13° La désignation convenant le mieux à cette affection est celle de *sclérome hyalin spécifique*.

14° L'existence de bactéries dans les tissus sous-pectoraux est d'une valeur diagnostique certaine dans les cas douteux.

15° La thérapeutique, tant médicale que chirurgicale, est impuissante jusqu'à présent, vis-à-vis du rhinosclérome.

**Anatomie et chirurgie des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales**, par HOWARD A. LOTHROP (de Boston, 1 vol in-8°. Tirage à part des *Annals of surgery*).

Fatalement la rhinologie se morcelle à mesure qu'elle s'étend. Il y a quelques années le traité classique de Grünwald s'occupait exclusivement des suppurations nasales, mais englobait encore toutes les affections purulentes du nez, du cavum et des sinus. Cette année, le remarquable livre d'Hajek se borne à la similitude des sinusites. Et voici que d'Amérique un livre nous vient, exclusivement consacré au sinus frontal.

Seulement, comme il est aujourd'hui démontré qu'un cas de sinusite frontale sans participation des cellules ethmoïdales antérieures n'a jamais été rencontré, Lothrop joint dans son travail à l'histoire du sinus frontal celle de l'ethmoïde antérieur. Ce livre ne sera point, comme ceux d'Hajek ni de Grünwald, l'exposé d'une grande expérience personnelle ; c'est plutôt une revue générale, mettant bien au point actuel toutes les phases de cette intéressante question. Et de nombreuses figures aident à comprendre un texte, d'ailleurs très clair.

M. L.

**Sur l'étiologie de certaines anomalies congénitales du voile du palais**, par J. BRÛCKERT (Extrait du livre jubilaire dédié au prof. van Bambeke, de Gand, H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1899).

L'auteur fait allusion à des cas très rares dont un a été publié en 1895 dans les *Annales* par M. Lapalle. La première observation a été rapportée en 1886, par O. Chiari ; Garel, en 1894, relate deux cas de perforation des piliers antérieurs. B. décrit 2 cas, un de perforation congénitale symétrique des deux piliers antérieurs observé sur un enfant de 11 ans soigné par Eeman, de Gand. Le second cas concernait une femme de 43 ans qui portait sur le pilier antérieur gauche une perforation de 1 centimètre de haut sur 2 millimètres de large.

En 1893 l'auteur avait cité 2 cas analogues dont il reparle dans cet opuscule. Le premier avait trait à un homme de 22 ans traité pour une laryngite aiguë et chez lequel existait, dans l'intérieur du pilier antérieur gauche, une dépression en entonnoir à bords lisses dont *a priori* les caractères permettaient d'exclure une cause pathologique.

Le second cas, observé chez un syphilitique, atteignait le pilier antérieur droit.



De l'étude attentive de ces observations, il résulte que ces perforations doivent être considérées comme des anomalies congénitales. A l'appui de son dire, l'auteur cite deux observations dont l'une recueillie sur une femme de 66 ans, chez laquelle on constata une lésion fonctionnelle double du voile du palais ; chez cette malade, le tissu musculaire du voile est manifestement atrophié et le trouble fonctionnel consécutif est une insuffisance vélo-palatine, La loge amygdalienne est peu profonde, les amygdales sont rudimentaires.

Les perforations sont situées, l'une ovulaire, de petite dimension, à la base du pilier postérieur gauche à un centimètre de la ligne médiane ; l'autre, plus arrondie, à diamètre plus grand, s'étend jusqu'au milieu du voile. Les bords sont lisses, amincis, d'un rouge peu vif et présentent une absence complète de traces de cicatrisation. Le tissu périphérique est très aminci.

L'ensemble de cette malformation constitue une anomalie congénitale, rien ne permet une autre hypothèse, et rien dans les antécédents ne peut faire supposer une lésion antérieure.

Ensuite l'auteur discute l'origine de ces difformités et conclut à l'existence d'une aplasie primitive conformément à ce qui se passe dans le système osseux de la voûte crânienne. Telle est, dit-il, la théorie nouvelle qui lui semble ressortir de ses observations. La parole est aux anatomo-pathologistes.

A. G.

**Traité de laryngologie et de rhinologie**, par P. HEYMANN (fasc. 30 et 31, A. Hölder, éditeur, Vienne, 1899).

*Corps étrangers, sténoses, parasites du nez*, par le Dr OTTO SEIFERT. Les deux premiers chapitres sont très écourtés, celui des parasites au contraire fort complet ; l'auteur insiste sur la prédilection des larves d'insectes pour les nez malades, ozéneux ; d'où indication de protéger le nez des individus atteints de cette affection lorsqu'ils dorment en été à l'air libre.

*Synéchies et atrésies du nez*, par le Dr R. KAYSER.

*Les troubles de l'olfaction, de la sensibilité du nez et de ses sécrétions*, par le prof. KÖRNER.

*Les névroses réflexes d'origine nasale*, par le prof. JURASZ. Article très suggestif, riche en remarques physiologiques.

*Epistaxis*, par le prof. ALBERT ROSENBERG.

*Les affections du nez dans les maladies infectieuses aiguës*, par G. CATTI. Rougeole, varicelle, scarlatine.

Par le Dr LANDGRAF. Typhus abdominal, influenza, morve.

*Des altérations observées dans les fosses nasales au cours des maladies générales et de quelques maladies chroniques non spécifiques*, par SOKOLOVSKI. Anémie, leucémie, scorbut, hémophilie, maladie de Werlhof, diabète, scrofule, goutte, affections chroniques des voies respiratoires, des voies digestives, etc.

*Rhinite diphthérique*, par le prof. STRUBING.

M. N. W.

**Prolapsus du ventricule de Morgagni**, par R. LUSSAN (*Thèse de Bordeaux, 1898*).

Intéressante étude sur une affection encore assez mal connue. Après une étude histologique remarquable du ventricule et de son diverticule, l'auteur fait la critique des observations publiées. En réalité, il n'y a pas glissement de la muqueuse ventriculaire. La tumeur que l'on observe entre la bande ventriculaire et la corde vocale inférieure, tumeur désignée sous le nom de prolapsus du ventricule, est due à une prolifération de la muqueuse enflammée et du tissu conjonctif sous-jacent, sous la dépendance d'un état catarrhal. On peut s'en rendre compte en pratiquant une coupe frontale du larynx. Il faut bien distinguer cette affection, presque toujours déterminée par une poussée inflammatoire, des infiltrations tuberculeuses, cancéreuses ou syphilitiques. Les signes fonctionnels sont la dysphonie, la dyspnée, les quintes de toux. L'aspect laryngoscopique montre une bande rouge intense, quelquefois une véritable tumeur entre la bande ventriculaire et la corde vocale inférieure. Elle augmente et semble faire issue hors du ventricule au moment des efforts. Quand l'affection est légère il faut combattre l'état inflammatoire. En cas de saillie volumineuse l'ablation à la pince est indiquée.

E. L.

**Sanatoria pour tuberculeux à Davos. Cure rationnelle des phtisiques, hygiène prophylactique, diététique et physiothérapie**, par V. COZZOLINO (Typog. A. Tocco, Naples, 1899).

Sous ce titre, l'auteur fait, dans une brochure d'une quarantaine de pages, un plaidoyer sur le sujet si à la mode, de la création de sanatoria pour les tuberculeux. Il demande qu'on installe en Italie des établissements semblables à ceux de Davos qu'il décrit en détails.

On peut recommander la lecture de cet opuscule à tous ceux qui désirent connaître le fonctionnement des institutions de ce genre.

A. G.

## ANALYSES

## I. — NEZ ET SINUS

**Epistaxis. Méthode très simple pour combattre l'hémorrhagie dans quelques cas,** par ANTONY ROCHE (*Brit. med. Journ.*, 1898, p. 1744).

Il s'agit d'appliquer tout bonnement un cataplasme très chaud sur la nuque. L'auteur a vu ainsi s'arrêter des épistaxis rebelles aux autres traitements, tels qu'injections chaudes astringentes, compression ; ce moyen a l'avantage d'être à la portée de tout le monde.

M. N. W.

**Des corps étrangers du nez,** par R. KAYSER (*Allg. med. Central-Ztg.*, 1898, n. 32).

Un homme de 35 ans, atteint d'accès d'asthme, est soigné à différentes reprises par des rhinologistes à cause d'une sténose nasale que l'on incrimine. Lorsque l'auteur vit le patient, sa narine gauche était extrêmement rétrécie, le cornet inférieur adhérait à la cloison ; après la destruction de cette adhérence on tomba sur un corps étranger logé sur le plancher de la narine, malléable, mais qu'il ne fut possible d'extraire qu'après de nombreuses tentatives — c'était une masse de papier d'étain, longue de 3 centimètres, large de 1 centimètre, non incrustée, fort bien conservée. Le patient se souvint alors seulement que ce papier avait été introduit huit ans auparavant pour empêcher la formation d'adhérences après une intervention opératoire ; le corps étranger n'avait en somme provoqué presque aucune réaction.

M. N. W.

**L'air respiré comme poison,** par J. BARTLEY (*Lancet*, 17 septembre 1898).

Le traitement moderne de la phtisie est basé sur trois facteurs essentiels : 1<sup>o</sup> La suppression de l'apport des bacilles du dehors ; 2<sup>o</sup> la nutrition abondante des tissus ; 3<sup>o</sup> l'introduction d'un air frais non contaminé par les produits de la respiration. Ceci semble signifier que les tissus, s'ils ne sont pas trop affaiblis, doi-

vent être traités avec les bacilles qu'ils contiennent si leur métabolisme est entretenu à une haute pression. L'air respiré et les gaz doivent être considérés non comme des poisons accidentels, mais comme empoisonnant par eux-mêmes. Ensuite l'auteur entre dans de longs détails à propos de la ventilation complète qui diffère de la petite quantité d'air fournie par les petits ventilateurs qui ne servent à rien.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Le nez et l'organisme humain**, par J. GUTMAN, (*New-York Med. Journal*, 1898, vol. II, p 558).

Etude d'ensemble sur les réflexes d'origine nasale. Distinction intéressante entre la zone purement olfactive et la zone respiratoire érectile facile à congestionner des fosses nasales. — G. fait jouer un rôle aux troubles d'origine nasale dans la gastrite et la gastro-entérite de l'enfance, dans l'asthme, le tic douloureux convulsif de la face, la chorée, l'épilepsie. Les troubles oculaires : conjonctivite, photophobie, asthénopie sont souvent d'origine intra-nasale. Certaines névroses cardiaques elles-mêmes semblent dues à l'hypertrophie du cornet inférieur et disparaissent par sa cautérisation. Les observations rapportées semblent incontestables. Ces corrélations même si elles sont exceptionnelles méritent pratiquement d'être bien connues.

A. F. PLICQUE.

**Bronchites et affections nasales**, par SCHEPPEGRELL (*New-York Med. Journal*, 3 décembre 1898).

S. fait jouer aux causes d'origine nasale un rôle prépondérant dans la production des bronchites. Il les classe dans l'ordre suivant :

1<sup>o</sup> Absence complète de la respiration nasale comme chez les trachéotomisés ; une atmosphère morte et tiède constituée artificiellement est alors indispensable.

2<sup>o</sup> Obstruction partielle si fréquente chez l'enfant.

3<sup>o</sup> Troubles fonctionnels du nez pouvant, comme dans la rhinite atrophique, coexister non seulement avec l'absence d'obstruction, mais avec un passage très large et très facile pour l'air.

4<sup>o</sup> Affections diverses des fosses nasales viciant l'air au passage, présence de produits purulents ou putrides.

A. F. PLICQUE.

**Fièvre des foins** (hay fever, « june or rose cold », par ANDERS (*Med. World*, vol. XVI, n° 6 ; Laryngoscope, août 1898).

L'auteur décrit l'inflammation catarrhale des voies aériennes supérieures se manifestant pendant l'été et associée à une dyspnée asthmatique.

A. recommande le traitement chirurgical des fosses nasales. Il a obtenu de bons résultats de lavages avec une faible solution de quinine associés à l'usage interne du médicament et de la liqueur de Fowler. De petites doses de chloral peuvent aussi être utiles. L'auteur s'est également servi avec succès de l'atropine.

**Pseudo-rhinite caséuse**, par MARTUSCELLI (*Archivii Ital. di Laring.* 1897, fasc. 2).

L'auteur donne la relation d'une observation concernant un homme de 56 ans, atteint depuis plusieurs mois d'obstruction de la narine droite et de douleurs s'irradiant dans toute la moitié droite de la tête.

Cette obstruction était causée par la présence de plusieurs tumeurs qui furent enlevées et qui avaient l'apparence de masses caséuses.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse de tumeurs nasales dont plusieurs étaient en voie de destruction.

L'auteur discute ensuite la question controversée de l'existence d'une rhinite caséuse comme entité morbide.

Pour lui, il y a lieu d'admettre réellement une rhinite caséuse.

Cette forme de rhinite serait d'origine microbienne et due au *streptotrix alba*.

Elle ne se rencontrerait que rarement, aussi doit-on réduire de beaucoup le nombre des observations publiées.

Il ne faut pas la confondre avec les « pseudo-rhinites caséuses », dont les causes sont multiples, et le diagnostic doit être fait seulement après des examens bactériologiques et microscopiques approfondis.

H. DU F.

**Rhinite fibrineuse ou membraneuse en relation avec la diphtérie**, par H. L. LACK (*Med. Chir. Trans. of the Royal Soc.*, vol. LXXXII, 1898).

La rhinite fibrineuse, décrite pour la première fois par Schuller en 1871, est définie comme une affection nasale subaiguë ou chronique, caractérisée par un exsudat fibrineux ou membraneux de la muqueuse nasale. Le grand intérêt de cette affection git

dans ses relations avec la diphtérie, les anciens auteurs considérant ces maladies comme absolument distinctes, tandis que les observateurs les plus modernes, se basant sur les résultats bactériologiques, soutiennent que la rhinite fibrineuse est plutôt une manifestation bénigne de la diphtérie. Les cas de ce genre sont très communs, ils comprennent  $2\frac{1}{2}\%$  du total des enfants fréquentant la Clinique hospitalière de l'auteur qui analyse brièvement les symptômes observés dans 36 cas. L'affection est particulière aux enfants et c'est surtout pendant les mois d'automne qu'elle est fréquente.

Les signes principaux purement locaux sont l'obstruction nasale, l'écoulement, l'excoriation des narines et de la lèvre supérieure, les épistaxis, etc. ; parfois il survient une angine affectant un caractère particulier.

L'affection est très chronique, elle dure six à huit semaines ou d'avantage

Les symptômes généraux sont fort peu accentués ou même font quelquefois défaut. Beaucoup de cas ne sont observés qu'à une période très tardive, ou d'autres passent probablement inaperçus même des observateurs compétents et un petit nombre ne se présentent pas à l'examen, les enfants n'étant nullement malades et pouvant poursuivre leurs études. Absence complète de paralysie consécutive.

Ensuite l'auteur dit quelques mots de la diphtérie nasale et attire particulièrement l'attention sur les cas où la suppuration nasale persiste pendant plusieurs semaines à la suite d'une atteinte de diphtérie vraie. L. établit alors un parallèle entre les signes de la rhinite fibrineuse et de la véritable diphtérie nasale.

L. rapporte alors les résultats de trente-trois examens bactériologiques. On trouva constamment le bacille de Klebs-Löffler, généralement à l'état de culture pure, mais mélangé parfois à des coques pyogéniques, sarcines, etc. Il appartient d'habitude à la grande variété et on reconnaît son identité à sa morphologie et à la façon dont il prolifère dans divers milieux de culture. Il exerce sur les animaux une action très virulente, produit des toxines virulentes et se neutralise par l'antitoxine. De plus, il est capable de vivre plusieurs mois sur des cultures moyennes et de repousser d'autres bacilles tant il a de vigueur.

Enfin on examinera l'entourage des malades et on recherchera les origines de la diphtérie et autant que possible on pratiquera l'examen clinique et bactériologique de toutes les personnes ayant été en contact avec les malades. Une seule fois on retrouva pré-

cédemment une diphtérie. Toutefois l'affection présente un caractère très infectieux ; on en a observé 9 cas dans quatre familles et 24 cas d'angine bénigne provenant de la même cause dans onze familles. On trouva aussi le Klebs-Löffler dans des gorges saines. Lack fait ensuite une étude comparative sur la fréquence avec laquelle on rencontre les bacilles dans des nez normaux et donne la statistique de ses recherches sur les nez et les gorges saines et les cas d'angines non diphtériques.

La conclusion est que la rhinite fibrineuse est une variété bénigne de diphtérie, la différence des manifestations cliniques dépendant apparemment de quelques divergences dans les microbes associés aux bacilles de Klebs-Löffler. La valeur diagnostique de la présence du bacille dans des angines semblant non diphtériques est aussi discutée et paraît très minime.

SAINT-CLAIR THOMSON.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### AMERIQUE

#### Oreille.

**A. A. Bliss.** Anomalies de la région respiratoire supérieure et de l'oreille, observées chez les sourds-muets (Rochester, 1894).

**E. B. Dench.** Maladies de l'oreille (Manuel pour les praticiens et les étudiants, D. Appleton and Co éditeurs, New-York, 1894).

**A. Hartmann.** Remarques historiques sur l'opération de la mise à nu de l'attique tympanique et de l'antre mastoïdien (*Arch. of otol.*, janvier 1895).

**W. Hansberg.** Contribution à la technique de l'opération de la trépanation pour les abcès cérébraux d'origine auriculaire (*Arch. of otol.*, janvier 1895).

**R. E. Moss.** Deux cas d'abcès cérébraux otitiques. Thrombose des sinus et abcès (*Arch. of otol.*, janvier 1895).

**V. Urbantschitsch.** Possibilité d'obtenir une amélioration marquée dans le traitement de la surdité et de la surdi-mutité supposée par la gymnastique acoustique. Système d'éducation vocale du nerf auditif (*Arch. of otol.*, janvier 1895).

**M. Herzog.** Otite externe diffuse persistante causée par des vers (*Arch. of otol.*, janvier 1895).

**W. C. Phillips.** Soins de l'oreille au cours de l'exanthème (*Méd. Soc. of the State of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 9 février 1895).

**E. H. Nichols.** Traitement sec de l'otite moyenne suppurée (*Méd. Soc. of the State of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 9 février 1895).

**H. Friedenwald.** Observation de nécrose labyrinthique. Ouverture de l'apophyse mastoïde. Opération de Kuster; finalement élimination

spontanée d'une partie du labyrinthe (*N.-Y. med. journ.*, 23 février 1895).

**C. H. Baker.** Un cas unique d'affections de l'antre et de la mastoïde combinées (*N.-Y. med. Record*, 9 mars 1895).

**M. A. Goldstein.** Exfoliation du limaçon, du vestibule et des canaux semi-circulaires. Présentation du malade (*Saint-Louis med. and Surg. journ.*, mars 1895).

**R. C. Heflebower.** Spasme clonique du tenseur du tympan (*N.-Y. med. journ.*, 16 mars 1895).

**E. B. Dench.** Affections auriculaires d'origine grippale (*N.-Y. Acad. of med.*, 21 mars; in *N.-Y. med. Record*, 6 avril 1895).

**W. E. Rounds.** Matière médicale et thérapeutique de l'oreille (*Journ. of opt. otol. and lar.*, avril et octobre 1895 et janvier 1896).

**H. C. Houghton.** Observation d'otite moyenne catarrhale aiguë (*Journ. of opt. otol. and lar.*, avril 1895).

**N. B. Carson.** Abscès cérébraux (*N.-Y. med. journ.*, 27 avril 1895).

**J. E. Jennings.** Otalgie. Causes et traitement (*Weekly med. Review*, 16 mars 1895).

**M. D. Lederman.** Otite externe diffuse à la suite de l'emploi inconsideré de l'acide phénique (*N.-Y. med. journ.*, 18 mai 1895).

**J. C. Lester.** Sonde à pression électrique pour faire vibrer directement la membrane tympanique (*N.-Y. med. journ.*, 8 juin 1895).

**W. B. Marple.** Traitement mécanique réussissant dans certaines affections extraordinaires de l'oreille (*N.-Y. med. journ.*, 1<sup>er</sup> juin 1895).

**N. S. Roberts.** Quelques impedimenta en otologie et en rhinologie; ou ce qu'il ne faut pas faire dans les affections de l'oreille et du nez (*N.-Y. med. Record*, 1<sup>er</sup> juin 1895).

**J. D. Wright.** Education orale des sourds (*N.-Y. med. Record*, 15 juin 1895).

**A. H. Buck.** Pronostic des opérations mastoïdiennes chez les diabétiques (*N.-Y. med. journ.*, 29 juin 1895).

**F. P. Hoover.** Teinture d'iode dans le traitement des otites suppurées chroniques (*N.-Y. County med. Ass.*; in *N.-Y. med. Record*, 6 juillet 1895).

**H. Knapp.** Histoire et autopsie des 2 cas d'affections cérébrales otiques mortelles (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**W. Vulpinus.** Trois cas d'otite grippale avec abcès épidermiques (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**A. H. Cleveland.** Otite moyenne suppurée droite; thrombose étendue provenant du sinus pétro-squameux droit; abcès cérébelleux gauche (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**M. Herzog.** Opération mastoïdienne de Stacke, suivie d'un accès d'épilepsie (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**J. Dunn.** I. Un cas de déhiscence spontanée de la paroi du canal semi-circulaire supérieur. — II. Note sur le traitement de l'otite externe circonscrite par le collodion salicylé (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**C. Reinhard.** Traitement du cholestéatome du corps pétreux par une ouverture rétro-auriculaire permanente (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).



**E. Bloch.** Audition bi-auriculaire (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**A. Guye.** Un cas de pachyméningite d'origine auriculaire guérie par la trépanation (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

**G. Bacon.** Un cas d'otite chronique moyenne purulente compliquée d'une affection des cellules mastoïdiennes; opération, guérison (*N.-Y. Eye and Ear Infirm. Reports*, janvier 1895).

**E. B. Dench.** Synergie auriculaire (*N.-Y. Eye and Ear Infirm. Reports*, janvier 1895).

**Mayer.** Manifestation insolite de syphilis héréditaire (*N.-Y. Eye and Ear Hosp. Reports*, janvier 1895).

**Roberts.** Nécrose mastoïdienne ayant envahi les parois du sinus latéral (*N.-Y. Eye and Ear Hosp. Reports*, janvier 1895).

**Turnbull.** Observations ultérieures sur l'excision de la membrane du tympan et des osselets dans l'otite moyenne non suppurée (*Méd. and Surg. Rep.*, juin 1895).

**A. H. Buck.** Affection mastoïdienne relativement indolore (*N.-Y. méd. Record*, 20 juillet 1895).

**M. Thorner.** Nouveau rétracteur mastoïdien (*N.-Y. méd. Record*, 20 juillet 1895).

**S. Sexton.** Précautions à prendre avec l'oreille (*Pract. Soc. of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 27 juillet 1895).

**R. Abbe.** Pyémie des sinus et thrombose jugulaire (*Pract. Soc. of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 27 juillet 1895).

**G. Bacon.** Un cas d'abcès cérébelleux consécutif à une otite moyenne chronique suppurée. Opération. Mort. Autopsie (*Amer. Journ. of the méd. Sciences*, août 1895).

**W. F. Strangways.** Surdité : de quelle façon pouvons-nous la prévenir ? (*N.-Y. méd. Journ.*, 27 juillet 1895).

**A. Pohly.** Observation d'abcès multiples du conduit auditif externe, suivis de périchondrite auriculaire (*N.-Y. méd. Record*, 17 août 1895).

**J. A. Thompson.** Surdité d'origine intra-nasale (*N.-Y. méd. Record*, 7 septembre 1895).

## NOUVELLES

### XIII<sup>me</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Paris, 2-9 août 1900)

#### Extrait du Règlement.

##### I. — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS

Seront membres du Congrès :

1<sup>o</sup> Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

2<sup>o</sup> Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français.

Tout membre du Congrès recevra sa *carte d'admission*

après avoir fait parvenir un versement de **25 francs** au trésorier général du Congrès, M. DUFLOCQ, 64 rue de Miro-mesnil, à Paris.

Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs nom, qualité et adresse, et joindre leur *carte de visite*; ils devront indiquer dans laquelle des sections ils veulent se faire inscrire.

## II. — CONDITIONS D'INSCRIPTION POUR COMMUNICATIONS

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir le titre et le résumé de sa communication au secrétaire de cette section, *avant le 1<sup>er</sup> mai 1900, dernier délai* :

1° Pour la section d'*Otologie* : à M. CASTEX, 30, avenue de Messine, Paris.

2° Pour la section de *Laryngologie et Rhinologie* : à M. LERMOYEZ, 20 bis, rue La Boétie, Paris.

Nous lisons dans le *Bollettino delle malattie dell orecchio, della gola, etc.*, que l'éditeur Traversari, d'Empoli, va publier un nouveau journal, dirigé par le Prof. G. MASINI, de Gênes, et intitulé : *Annali di laringologia ed otologia* et comme sous-titre di *Rinologia e faringologia*.

Ce recueil comprendra quatre fascicules par an de 100 pages environ, format in-8° et coûtera 12 francs.

Le Prof. MASINI se propose de répandre à l'étranger les travaux italiens insérés dans les publications spéciales ou ailleurs, et de faire suivre chaque article d'un résumé en français, anglais ou allemand à la volonté des auteurs, ou dans les trois langues lorsqu'il s'agira d'un mémoire d'une importance capitale.

Le Dr Y. ARSLAN, a été nommé docent libre sur titres, pour l'oto-rhino-laryngologie, à l'Université Royale de Padoue.

Le service laryngologique du Grand hôpital de Milan (Ospedale Maggiore), dont le premier titulaire fut notre ami, le Prof. C. LABUS, vient d'être confié au Dr U. MELZI.

Nous lisons dans le *Lyon médical*, qu'à dater du 1<sup>er</sup> janvier, la clinique des maladies de la gorge et du nez du D<sup>r</sup> GARREL, a été transférée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice.

---

Le *Journal of laryngology, rhinology and otology* annonce la création d'une *Société otologique du Royaume-Uni* qui tiendra une session le premier lundi de février et dont le bureau a été constitué de la façon suivante : *président*, SIR WM DALBY; *vice-présidents*, U. PRITCHARD, T. BARR, G. FIELD; *trésorier*, CUMBERBATCH; *bibliothécaire*, CRESSWELL BAKER; *conseil*, V. HOSLEY, M. HOVELL, LAW (Londres), Mc BRIDE (Edimbourg), MILLIGAN (Manchester) et SANDFORD (Cork).

---

Notre collaborateur et ami, le D<sup>r</sup> G. STRAZZA, a été nommé docent sur titres à l'Université de Turin.

---

Le D<sup>r</sup> J. HABERMANN, professeur extraordinaire d'otologie, à Graz, vient de recevoir le titre de professeur ordinaire.

---

Le bureau de la *Société autrichienne d'otologie* est ainsi composé pour 1900 : *président*, Prof. POLITZER; *vice-président*, Prof. GRUBER; *trésorier*, Prof. URBANTSCHITSCH; *secrétaire*, D<sup>r</sup> POLLAK; *secrétaire des séances*, D<sup>r</sup> FREY.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE RUPEPTIQUE DE CHOBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

---

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales. Leucocytose. Phagocytose, par P. VIOLLET (Un vol. de 100 p. avec 2 planches, J. B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1900).

Norme e considerazioni sulla fondazione ed ubicazione dei sanatori per conto del Comitato napoletano della lega contro la tubercolosi (Règles et considérations sur la fondation et l'édification des sanatoriums pour le compte du comité napolitain de la ligue contre la tuberculose), par V. COZZOLINO (Extrait de la *Nuova Rivista clinica terapeutica*, n° 9, 1899).

Die blutige Behandlung der hypertrophien des chronischen nasen catarrhes (Le traitement sanglant des hypertrophies du catarrhe nasal chronique), par E. BAUMGARTEN (Tiré à part de la *Wiener med. Presse*, n° 46, 1899).

Die hysterischen aphonien und ihre neueren Behandlungsweisen (Les aphonies hystériques et leurs plus récents modes de traitement), par E. BAUMGARTEN (Tiré à part de la *Wiener med. Woch.*, n° 42, 1899).

Ein bisher nicht beschriebenes geschwür des harten gaumens (Une ulcération non encore décrite de la voûte palatine), par E. BAUMGARTEN (Tiré à part du *Monats. f. ohrenh.*, n° 9, 1899).

Otitis tuberculosa mit tumorartiger protuberanz in die schädelhoehle (Otitite tuberculeuse avec protubérance sous forme de tumeur dans la cavité crânienne), par O. PIRKL (Tiré à part du *Zeits. f. heilk.*, Bd. XX, 1899).

Gravi complicazioni peri ed endocraniche a decorso cronico consecutive alle otiti acute (Complications graves péri et endo-crâniennes à forme chronique consécutives aux otites aiguës), par GN. FERREMI (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, vol. IX, fasc. 1, 1899).

Voix et chant, par MOURA (Broch. de 25 p. illustrée de 4 planches, P. Sevin et E. Rey, éditeurs à Paris).

Transactions of the american otological Society (Comptes rendus de la Société américaine d'otologie, 32<sup>e</sup> réunion annuelle tenue le 18 juillet 1899) (*Mercury publishing Co*, New-Bedford, 1899).

Nouvelle méthode pour déterminer, au moyen de diapasons, la quantité du pouvoir auditif, par SCHMIEGELOW, de Copenhague (Extrait des *Archiv. für ohrenheilk.*, XLVII, Band).

La pratique du tubage dans la clientèle, par M. E. ESCAT, de Toulouse (Extrait de la *Presse médic.*, du 2 sept. 1899).

De la place faite à la laryngologie dans les congrès internationaux de médecine, et de la question de sa réunion avec l'otologie dans de pareilles circonstances, par FELIX SEMON (Extrait du *Internat. centralbl. für laryngol. rhinol.*, etc., 1899, nos 6, 7 et 8).

Le Gérant : G. MASSON.

